

Murakami, Brea

 Brea Murakami  
Murakami@pacificu.edu  
Pacific University, Estados Unidos

**ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines**

Universidad Nacional de La Plata, Argentina  
ISSN-e: 2718-6199  
Periodicidad: Frecuencia continua  
vol. 7, e028, 2022  
revista.ecos@presi.unlp.edu.ar

Recepción: 02 Febrero 2021  
Aprobación: 30 Mayo 2022

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/459/4593216008/>

DOI: <https://doi.org/10.24215/27186199e028>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

**Resumen:** Las y los investigadores y musicoterapeutas clínicos han discutido ampliamente los beneficios de la Musicoterapia, pero han ignorado largamente el potencial daño que puede surgir al interior de las sesiones. Este importante tema puede estar siendo ignorado dada su complejidad, ya que definir y entender los efectos negativos de la música y la Musicoterapia son tareas desafiantes. Sin embargo, la Musicoterapia podría progresar en diversos frentes (por ejemplo, a nivel del reconocimiento estatal, de los estándares educacionales) al examinar los efectos potencialmente dañinos de las intervenciones basadas en la música. Las referencias a instancias de daño en la literatura en Musicoterapia son esporádicas e imprecisas, tal vez debido a que el campo carece de una estructura teórica para organizar un tema tan complejo. El presente artículo presenta el “Modelo sobre daño en Musicoterapia” (*Music Therapy and Harm Model*, a partir de ahora MTHM, por sus siglas en inglés), el cual apunta a conceptualizar seis fuentes potenciales de daño en la práctica clínica en Musicoterapia. Específicamente, estas fuentes potenciales incluyen: 1) la música presentada, 2) el/la musicoterapeuta, 3) la aplicación terapéutica de la música, 4) la relación terapéutica, 5) asociaciones específicas del paciente, 6) factores ecológicos. En este artículo se ilustra cada una de estas fuentes con ejemplos de daño, ya sea físico o psicológicos. Además, se hipotetiza que estos mismos factores actúan como elementos protectores que permiten al musicoterapeuta remediar ocurrencias de daño y promover la resiliencia en su paciente frente a experiencias negativas con la musicoterapia. El modelo MTHM es luego conceptualizado a partir de una revisión de la literatura sobre el tema del daño en la práctica de la musicoterapia, en conjunto con investigación relacionada, del campo de la psicoterapia. Finalmente, este artículo destaca las implicancias clínicas, educacionales, sobre “promoción y jerarquización de la Musicoterapia <sup>1</sup>”, e investigativas del modelo MTHM.

**Palabras clave:** Musicoterapia, daño, efectos negativos, efectos adversos, modelo teórico.

## EL MODELO SOBRE DAÑO EN MUSICOTERAPIA (MTHM)

### Conceptualizando el daño al interior de la práctica clínica de la musicoterapia

Las y los musicoterapeutas se encuentran principalmente preocupados con los efectos beneficiosos de la aplicación de la música para progresar con, o apoyar/sostener los objetivos terapéuticos del paciente. Los efectos benéficos de las intervenciones musicales, para diversas poblaciones en el ámbito clínico, se encuentran bien establecidos y documentados. Sin embargo, es dable inferir que, si la música puede hacer bien a los pacientes, el principio opuesto también es posible: que la música pueda resultar dañina para los pacientes. El mismo poder de la música para influenciar las conductas, pensamientos y emociones de las personas, podría resultar ser una fuente de malestar si no se comprende y monitoriza. La idea de que la música o (por extensión) una sesión de Musicoterapia podría producir efectos indeseados o negativos, no ha sido abordada con amplitud en la literatura.

En las investigaciones se ha reconocido el efecto negativo potencial de la música a través de distintos escenarios. Por ejemplo, existe evidencia de que las personas que escuchan música podrían utilizarla de manera maladaptativa, como un modo de regulación emocional. Numerosos factores individuales podrían incrementar este uso negativo de la música, incluido el género (Carlson et al., 2015), y el contexto social de la escucha (Garrido et al., 2017). Similarmente, Saarikallo et al., (2015) desarrollaron la “escala de usos salubres e insalubres de la música”, y encontraron una relación entre el involucramiento de los adolescentes que escuchaban música, con reportes de síntomas depresivos. La evidencia más contundente del potencial de la música para provocar daño en las personas proviene de las revisiones académicas sobre prácticas de detención por parte del ejército de Estados Unidos durante las guerras de Afganistán e Irak, a principios de los años 2000. Los detenidos, provenientes de países con mayorías musulmanas, fueron sometidos a música occidental a un volumen intensamente alto, por hasta 18 horas diarias, con el objetivo de extraer información de dichos prisioneros (Cusick, 2008). De acuerdo a lo detallado en documentos gubernamentales, el objetivo de la música intensa era el sobrecargar o deprivar el sistema sensorial de los prisioneros, de modo de poder inducir un estado psicológico disociado (Conroy, 2000; McCoy, 2006; Otterman, 2007). A pesar de que estos usos extremos de la música no ocurrirían en un entorno clínico, los escenarios descritos nos sirven como punto de partida para ilustrar cómo la música puede infligir daño.

Numerosos musicoterapeutas han ofrecido ejemplos específicos sobre cómo la música puede resultar una fuente de distrés. Roskam (1993) se enfocó en la clasificación de la música como un estímulo potencialmente dañino, proveniente de asociaciones personales y culturales sobre las propiedades psicológicas de la música. También Gattino (2015) mostró diversos efectos potencialmente negativos de la música, incluidos los estados alterados de conciencia, la repetición extendida de música, y la escucha de música asociada a eventos de vida negativos. Abbott (2005) examinó la posibilidad de la emergencia de experiencias negativas al interior de una única sesión del método Bonny de imaginación guiada (GIM). Dicho autor encontró que las experiencias señaladas como “negativas” estuvieron asociadas con música incongruente con ellos, o que los impactó de manera incómoda o indeseada.

De un modo más general, Gardstrom (2008) cuestionó la afirmación de que la Musicoterapia es “no-invasiva” o “no-amenazante”, argumentando que el poder de la música para generar cambios terapéuticos se debe en parte su omnipresencia física o psicológica. El argumento más directo para que los musicoterapeutas entiendan el concepto de daño puede ser el presentado por Isenberg (2012), quien escribió: “estamos obligados a definirnos como aquellos que pueden hacer bien, no por la naturaleza benigna o terapéutica de nuestra herramienta, sino porque nuestras intervenciones cuentan con el poder de hacer daño” (p. 70). Isenberg presentó ejemplos generales de daño terapéutico (v.g., la pobreza en la evaluación de las necesidades del paciente; la imposición de la voluntad del terapeuta sobre el paciente), para luego explorar ejemplos de daño específicos de la práctica de la Musicoterapia (por ejemplo, la selección incorrecta de los instrumentos

o la música; el control/manejo inapropiado por parte del musicoterapeuta de la música del paciente, o la estructuración adversa de los elementos musicales).

Más allá de que en el mundo académico se ha iniciado una discusión al respecto, el campo de la Musicoterapia considerado como un todo carece de un léxico comprensivo, o de una forma de conceptualizar la relación entre música y daño en el contexto clínico. La confusión que rodea dicha relación en su aplicación clínica puede deberse a varias razones. En primer lugar, la detección del daño al interior de un contexto terapéutico es compleja. Hatfield et.al. (2010) han encontrado que los terapeutas, por su cuenta, podrían no detectar de manera confiable cuándo el progreso de un paciente se deteriora. Además, múltiples factores intervinientes transforman en un desafío a la detección de instancias de daño terapéutico, incluyendo el progreso del paciente en el tratamiento, la carencia de herramientas de medición para dar cuenta de resultados negativos o, incluso y más fundamentalmente, la ausencia de una definición acordada entre la comunidad profesional sobre el concepto de daño (Dimidjian y Hollon, 2010; Linden, 2013; Rozental et al., 2018).

Así, este trabajo tiene dos propósitos: 1) proponer definiciones preliminares de daño que resulten relevantes para la Musicoterapia, y, 2) presentar el Modelo de daño en Musicoterapia (MTHM) como una forma de conceptualizar las posibles fuentes de daño al interior de la Musicoterapia. Vale aclarar que el MTHM tiene un foco relativamente reducido, siendo la intención su aplicación a la práctica de la Musicoterapia en el contexto clínico, tal como es definida y regulada por una organización formal (v.g., la Asociación Norteamericana de Musicoterapia, para los Estados Unidos). Las definiciones y el MTHM presentados aquí no están pensados para ser aplicados de manera uniforme a otros usos de la música con la salud como objetivo (por ejemplo, la música en tanatología, usos tradicionales de la música para la sanación).

## Definiendo la terminología relacionada con el daño

Aunque los musicoterapeutas tienen el deber de comprender y abordar el daño cuando ocurre, el medio aún no cuenta con terminología clínica para describirlo. Definir el daño en la clínica es difícil por varias razones. En primer lugar, el término en sí es vago. ¿Qué tipo de terapia puede “dañar” a un paciente? ¿Cuáles son los posibles tipos de daño? La opinión de los musicoterapeutas clínicos podría también diferir con respecto a qué constituye una instancia de daño, a partir de su orientación filosófica o su experiencia en el campo. Existen muy pocos recursos para abordar este tema. Actualmente, ninguna definición explícita de daño fue hallada por esta autora en los documentos citados en el presente, pertenecientes a la Asociación Norteamericana de Musicoterapia (*American Music Therapy Association*, AMTA), y de la Cámara para la Certificación de Musicoterapeutas (*Certification Board for Music Therapists*, CBMT), como así tampoco en la literatura revisada. El campo de la psicoterapia podría proveer un punto de partida para definir al daño. Dimidjian y Hollon (2010) delinearon las características básicas de los tratamientos dañinos, incluyendo un efecto causal en el que la aplicación de dichos tratamientos arroje resultados peores que en el caso de que el mismo no haya sido aplicado. Además, clarifican que un tratamiento dañino es más que tan sólo “no útil”, pudiendo resultar en heridas u otras formas de daño para el paciente.

Diversos términos vinculados al daño deben ser delineados antes de presentar la definición de daño que se ofrece en el presente artículo. Uno de estos, utilizado en la literatura sobre psicoterapia es el de “efecto negativo”, el cual comprende los resultados y experiencias negativas que el paciente atribuye al tratamiento, y que podrían constituir eventos potencialmente dañinos (Barlow, 2010; Rozental et al., 2018). Tales “efectos negativos” incluyen experiencias negativas en la terapia a las cuales se les da una calificación subjetiva de “negativas” o “no deseadas”, las cuales podrían ser relativamente comunes en terapia. Rheker et al. (2017) investigaron la evaluación de los efectos negativos en pacientes psiquiátricos (por ejemplo, cambios o experiencias negativas para el paciente asociadas a la terapia), encontrando que de estos entre el 45 y el 58% reportó al menos un efecto negativo durante el tratamiento. Ejemplos de dichos efectos negativos

percibidos por el paciente incluyen sentirse con ánimo deprimido más frecuentemente, o el tener dificultades para tomar decisiones de manera independiente, sin depender del terapeuta. Aunque estos efectos negativos podrían no resultar en un “daño” directo, los investigadores reportan que no es infrecuente para los pacientes el tener experiencias negativas en terapia. Así, las experiencias negativas podrían no ser inherentemente dañinas, e incluso podrían formar parte de eventos significativos de la terapia, que lleven a los pacientes a estar más cerca de alcanzar sus objetivos (Linden y Schermuly-Haupt, 2014). Por ejemplo, llorar en terapia muchas veces no es percibido como algo agradable, pero aún así puede servir a una descarga catártica para el paciente, que le permita procesar un evento doloroso. Si bien los efectos negativos podrían no siempre resultar en daño, todo daño siempre emerge de un efecto negativo. Otro término terapéutico relacionado es el de “contraindicación”, el cual puede ser entendido como las condiciones individuales de un caso que hacen que una reacción adversa al tratamiento sea altamente probable de ocurrir (Linden, 2013).

En este artículo se propone que el paciente podría experimentar daño en dos formas: física o psicológicamente. Ambos tipos de daño podrían ser experimentados por el paciente en respuesta a cualquiera de los seis componentes del MTHM, los cuales serán descritos en las siguientes secciones. El daño físico es definido como un efecto negativo que no está al servicio de un objetivo terapéutico que se derive de un mecanismo o sistema fisiológico. Dicho daño físico podría manifestarse como un cambio negativo en el cuerpo, cerebro, u otra estructura fisiológica. Este tipo de daño podría potencialmente ser medido a través del ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio, los niveles hormonales, el nivel de dolor referido por el paciente, y/o por la actividad cerebral. Ejemplos específicos podrían incluir heridas en el cuerpo, un incremento en el dolor, la generación de conexiones neurales maladaptativas, o problemas en la regulación sensorial. De manera similar, el daño psicológico es definido como un efecto negativo que no está al servicio de un objetivo terapéutico que se derive de un mecanismo o sistema psicológico. Este tipo de daño podría medirse a partir de los reportes del paciente, la observación de la conducta del paciente, o el distrés reflejado en reportes como las notas del terapeuta, la escritura de un paciente, o el material artístico que produzca. Ejemplos específicos para este tipo de daño podrían incluir la desregulación emocional, la rumiación mental, la percepción de peligro, un deterioro en la autoeficacia del paciente, percepciones de la realidad maladaptativas, o el desarrollo de síntomas compatibles con los criterios de un diagnóstico en salud mental.

Además, el daño podría ocurrir y presentarse en un continuo de tiempo e intensidad. En cuanto al continuo del tiempo, el cliente podría experimentar daño antes, durante o después de una sesión. Así también, los efectos del daño podrían persistir luego de finalizada la sesión, o manifestarse luego de que la misma haya acontecido. Por ejemplo, un cliente podría experimentar lesiones luego de una sesión si no ha sido provisto de espacios de descanso entre las actividades de movimiento guiadas por la música (por ejemplo, al emplearse la técnica *patterned sensory enhancement*). En el continuo relativo a la intensidad, el paciente podría percibir el daño de manera muy intensa, lo cual podría conducir a un trauma físico o psicológico que se extienda a situaciones por fuera de la experiencia musical terapéutica. Por otra parte, el paciente podría experimentar daño de una forma ligera, el cual podría ser remediado inmediatamente una vez que ha sido informado al musicoterapeuta.

Estas definiciones de daño no tienen la intención de prevenir o disuadir a los terapeutas de introducir riesgos significativos o experiencias desafiantes en las sesiones clínicas planificadas y monitoreadas por un musicoterapeuta que opere dentro del alcance de su práctica. Algunas veces el progreso de un paciente hacia sus objetivos terapéuticos requiere de interacciones concienzudas entre el paciente, el terapeuta y la música, las cuales podrían resultar en sentimientos negativos, distrés moderado, u otras experiencias incómodas que deriven en beneficios positivos ulteriormente (Gardstrom, 2008). El objetivo de este artículo no es disuadir a los musicoterapeutas de introducir este tipo de experiencias, de forma planificada y monitoreada, en las sesiones con sus pacientes. Hacerlo implicaría perpetuar asunciones falsas e infundadas, las cuales indican que la música y la Musicoterapia son siempre beneficiosas y positivas (Edwards, 2011). Por el contrario, este artículo propone cómo podrían los musicoterapeutas conceptualizar experiencias clínicas que serían

pasibles de estar contraindicadas en el marco de llevar adelante un trabajo centrado en la buena práctica de la profesión, determinado por las necesidades del cliente, la investigación, y la experiencia clínica (Abrams, 2010). Así, el objetivo de las definiciones anteriores es proveer un punto de partida para determinar posibles fuentes de daño.

## La racionalidad del Modelo sobre daño en Musicoterapia

La identificación de cómo el daño podría advenir en el contexto de las sesiones de musicoterapia es deseable por distintos motivos. En primer lugar, si el daño no es reconocido como uno de los posibles resultados en musicoterapia, entonces no podría ser prevenido ni abordado, lo cual dejaría a los pacientes en riesgo de sufrir daño físico o psicológico. Por ejemplo, los pacientes sometidos a condiciones perjudiciales durante una sesión podrían sufrir un retroceso en sus objetivos, o bien experimentar consecuencias de corto o largo plazo a su salud física y/o mental. El daño está reconocido en diversos documentos que regulan la práctica clínica de la Musicoterapia en los Estados Unidos. En primer lugar, el Alcance de la Práctica (AMTA y CBMT, 2015) es un documento que señala las responsabilidades de un musicoterapeuta acreditado, y en el mismo se declara explícitamente que un musicoterapeuta entrenado y competente debería reconocer el potencial dañino presente en las intervenciones musicales, verbales o físicas. También se puntualiza que los musicoterapeutas deben estar atentos a las contraindicaciones para ciertos cuadros de salud, o bien otro tipo de particularidades propias de cada paciente. En segundo lugar, el código de ética de la AMTA (2019) dicta que los musicoterapeutas deben proteger el derecho de los pacientes a estar seguros. Finalmente, los “Estándares de la práctica clínica” de la AMTA informan que los musicoterapeutas deben hacer todo esfuerzo posible para garantizar un “cuidado seguro y de calidad para el paciente” (4.1.3, AMTA, 2013a).

El tema del daño tiene también importancia para la Musicoterapia desde el punto de vista de la promoción y la jerarquización de la profesión. En Estados Unidos ya se están haciendo esfuerzos, por parte de la AMTA y la CBMT, para defender a los pacientes del daño potencial, a través del “Plan operacional de reconocimiento estatal” (CBMT, s/f). Dicha iniciativa conjunta centra su objetivo en el reconocimiento gubernamental de la Musicoterapia como profesión. Tal como ha sido publicado en el sitio de la CBMT, uno de los propósitos del plan es el proteger a los pacientes del daño que musicoterapeutas no calificados podrían provocar. De acuerdo con estos documentos, el musicoterapeuta debería maximizar los efectos positivos de su práctica, y minimizar el daño. Sin embargo, sin antes comprender cómo el daño podría ocurrir, quienes se desempeñen en la clínica no podrían prever ni responder efectivamente cuando se presentaran reacciones adversas. Por ello, este artículo busca iniciar una discusión profesional presentando una forma común de conceptualizar un tema tan complejo.

## El modelo sobre el daño en Musicoterapia

El modelo sobre el daño en Musicoterapia (MTHM) es una manera de conceptualizar las potenciales fuentes físicas y/o psicológicas del daño en la práctica de la Musicoterapia. El modelo fue inicialmente concebido con relación a la participación de la autora en los esfuerzos por la promoción legislativa de la Musicoterapia en el año 2015, momento en el cual fue expuesto frente al representante correspondiente el cómo una licencia para la profesión sería una protección para sus consumidores. La forma actual del modelo surgió de las observaciones progresivas de la autora en su trabajo dentro de diversos *settings* clínicos (por ejemplo, hospital médico, centros de cuidado de adultos mayores, salud conductual), así como de conversaciones con mentores y colegas. Una versión temprana del mismo fue refinada tras la recolección de observaciones surgidas de su presentación en conferencias nacionales y regionales en los Estados Unidos (Murakami, 2018; Murakami y Goldschmidt, 2017), así como en el *AMTA Pro Podcast* (Murakami y Goldschmidt, 2018).

Dentro del modelo se teoriza que el daño surge de los componentes presentes en las sesiones de Musicoterapia (es decir, el paciente, la música, el musicoterapeuta, el contexto de la sesión), y la relación dinámica entre dichos componentes. Estos componentes se ilustran en el triángulo del MTHM (Figura 1 disponible en Murakami, 2021)<sup>2</sup>. Estos componentes y sus interacciones han sido identificados como características definitorias de la Musicoterapia, en la propuesta de Bruscia (2014) de la relación paciente-música-musicoterapeuta. Los lectores deben estar advertidos de que cualquiera de estos componentes o sus interacciones podrían también servir como factores protectores para mitigar el daño. Aunque el modelo será descrito desde la perspectiva de cómo el daño podría ser inducido, el potencial que los componentes del MTHM tienen para funcionar como protectores será explorado en secciones posteriores de este artículo.

En la parte superior del triángulo se ubica el paciente, quien recibe terapia y necesita o busca al musicoterapeuta para tratar una preocupación o plantearse un objetivo relacionados con la salud del paciente (Bruscia, 2014). El MTHM no propone al paciente como una fuente de daño. Aunque el mismo es en líneas generales un participante voluntario, eficaz y autónomo, el responsable de velar por la seguridad dentro del espacio terapéutico es el terapeuta (y no el cliente).

## **Daño que surge del estímulo musical**

La música es el componente del MTHM que se ubica en la esquina inferior izquierda del triángulo. En el contexto de una sesión de Musicoterapia, “música” designa cualquier evento acústico presentado o facilitado con un objetivo terapéutico. El componente musical puede consistir en canciones grabadas o en vivo, música improvisada por el terapeuta y/o el paciente, o elementos individuales inherentes a la música terapéutica. El potencial para el daño se desprende de la música cuando la energía psicoacústica (es decir, las vibraciones, sensaciones o percepciones que el paciente recibe del estímulo musical) causa distrés físico o psicológico al paciente.

Incluso cuando es utilizada como una herramienta para el cambio terapéutico, la música podría aún constituir una fuente de daño. Por ejemplo, un niño dentro del espectro autista con desregulación sensorial podría no ser capaz de tolerar música extremadamente compleja (Kalas, 2012), o ciertos timbres debido a la organización neuronal atípica de su corteza auditiva. Una exposición extendida a música sobre estimulante podría causar una desregulación que, a su vez causaría malestar físico o psicológico. La música podría también inducir convulsiones musicogénicas, las cuales pueden deberse a una variedad de estímulos, incluido el contenido musical, elementos específicos de la música, o asociaciones emocionales con la música si esta resulta negativa (Kaplan, 2003). Para los pacientes epilépticos este tipo de convulsiones podrían resultar en un daño físico, por ejemplo, a causa de una herida neurológica al cerebro del paciente, o resultar en una incapacidad del cuerpo. Un tercer ejemplo de la música como una fuente de daño posible podría ser la administración de música innecesariamente compleja a neonatos en unidades de terapia intensiva (Loewy et. al., 2013).

## **Daño surgido del musicoterapeuta**

El/la musicoterapeuta está representado en la esquina inferior derecha del triángulo. Un musicoterapeuta es un profesional acreditado que ha completado la formación profesional y el entrenamiento clínico necesarios. Su rol consiste en facilitar el tránsito del paciente por el proceso terapéutico de forma ética y competente, dentro del alcance de su práctica. Además, es el responsable de cuidar la seguridad física y psicológica dentro del espacio terapéutico. El potencial para la ocurrencia del daño proviene de la presencia o ausencia de cualidades en el juicio en el terapeuta, de modo tal que puedan derivar en un proceso de toma de decisiones inadecuado, o influir en su capacidad de reacción durante el proceso clínico. Estas cualidades centradas en el terapeuta podrían incluir el entrenamiento clínico inadecuado, la práctica por fuera del alcance de su

formación, o elementos personales como características de personalidad, o una motivación inapropiada que podría resultar en acciones que causen daño al paciente. Dicho con otras palabras, el daño podría provenir desde el musicoterapeuta cuando este no posea un auto-conocimiento, autopercepción o la capacidad de juicio que pudieran llevar a decisiones no-musicales que comprometan la seguridad del paciente.

Por ejemplo, el riesgo de daño físico podría incrementarse si el musicoterapeuta no se educa de manera eficiente antes de trabajar con un paciente con enfermedad de Parkinson por primera vez. Si el musicoterapeuta carece del conocimiento de que la inestabilidad postural es una característica primordial de esta enfermedad, y planifica actividades de movimiento que impliquen el ponerse de pie sin un apoyo adecuado, entonces el paciente podría encontrarse en un riesgo enorme de daño físico a partir de un fallo en la planificación hecha por el terapeuta. Así también, el terapeuta podría encarnar una fuente potencial de daño si tomara decisiones que fueran en detrimento del paciente, como prohibirle el acceso a su música favorita debido a creencias personales del terapeuta, en lugar de utilizar un criterio terapéutico (Joplin y Dvorak, 2016). Similarmente, un musicoterapeuta que no busca retroalimentación o supervisión respecto de pacientes que presenten un desafío, podría incrementar la posibilidad de un daño subsecuente para el mismo. Si el terapeuta no reconoce la necesidad de reflexionar sobre sí, o bien de opiniones externas, estos patrones de micro-interacciones inútiles o potencialmente dañinas podrían conformar experiencias terapéuticas que deriven en distrés, o bien que puedan entorpecer el curso del tratamiento (Nutt Williams, 2008). Finalmente, si un musicoterapeuta con poca formación intenta encarar un trabajo terapéutico avanzado, como técnicas musicales psicodinámico-analíticas, sin contar con entrenamiento suplementario, esto podría colocar al paciente en un riesgo de daño mayor.

## Daño surgido de la aplicación de intervenciones musical

La aplicación terapéutica de la música sirve como el lado inferior del triángulo del MTHM, conectando los componentes de la música y el musicoterapeuta. Las intervenciones basadas en la música son estructuradas y facilitadas por un musicoterapeuta para apoyar el avance de un paciente hacia sus objetivos terapéuticos. Las intervenciones pueden incluir: a) protocolos estandarizados, b) intervenciones cuidadosamente planificadas, aunque menos precisas, c) respuestas improvisadas. El daño podría surgir de la aplicación terapéutica de la música si el terapeuta toma decisiones musicales pobres durante la sesión, o si fallara en responder de forma efectiva a las reacciones negativas del paciente a la experiencia musical.

La aplicación incorrecta o no monitorizada de experiencias musicales terapéuticas podría poner en un riesgo adicional al paciente, si es que una contraindicación a una intervención basada en la música fuera desestimada. Por ejemplo, un musicoterapeuta implementando la terapia de entonación melódica con un paciente que presenta una afasia expresiva no debería proseguir instando al paciente a repetir palabras dichas de forma incorrecta o con errores, siguiendo el protocolo de instrucciones (Thaut et. al., 2014). Desestimar esta contraindicación podría resultar en un daño físico, ya que en el paciente podría desarrollarse una neuroplasticidad maladaptativa (es decir, cambios en la plasticidad del cerebro que conduzcan a una disfunción) la cual impactaría permanentemente a sus capacidades comunicativas. Se ha observado que conductas repetitivas podrían inducir percepciones sensitivas alteradas, coordinación motora, y dolor crónico en músicos (Altenmüller y Furuya, 2017). Cambios similares producto de experiencias musicales terapéuticas aún deben ser corroborados. Otra contraindicación de la Musicoterapia implica al protocolo de estimulación multimodal, utilizado con infantes prematuros. Específicamente, si un infante muestra signos de sobreestimulación (por ejemplo hipo, muecas, u ojos apretados) en respuesta a un estímulo auditivo, táctil o a la estimulación vestibular, entonces dicho tipo de estimulación está contraindicado y debería ser discontinuado (Standley y Walworth, 2010).

## Daño surgido de la relación terapéutica

La relación terapéutica está compuesta por las interacciones entre el paciente y el musicoterapeuta, y es el cuarto punto a partir del cual podría ocurrir el daño. Definida como cercana, confiable, así como una relación personal entre terapeuta y paciente, la relación terapéutica facilita un espacio de auto-exploración para el paciente en el cual no resulta juzgado (Yalom y Leszcz, 2015). Las interacciones entre terapeuta y paciente son el elemento fundamental de la Musicoterapia, a partir de las cuales se construye la alianza terapéutica, que es por su parte uno de los predictores más sólidos del éxito del proceso terapéutico (Lambert y Barley, 2001). Aún así, existe una asimetría de poder entre terapeuta y paciente al interior de la relación terapéutica, la cual debe ser reconocida. La relación terapéutica no es recíproca. Es decir, mientras que el paciente se ubica en una posición de vulnerabilidad dentro de la relación terapéutica, dicha posición no coincide con la del terapeuta (Bruscia, 2014). Esta asimetría de poder no debe ser vista como necesariamente negativa o dañina (Gutheil y Brodsky, 2008; Pope y Vasquez, 2007), aunque algunos autores opinan que dicha diferencia debería ser tratada y reducida, para así promover relaciones más auténticas (Proctor, 2002).

El daño podría emerger de interacciones insalubres o inapropiadas entre terapeuta y paciente dentro de la relación terapéutica. Por ejemplo, cuestiones transferenciales o contratransferenciales irresueltas podrían introducir una dinámica peligrosa, la cual impacte negativamente en la salud del paciente. Si existen emociones no resueltas, o una dinámica de poder indeseada entre terapeuta y paciente, tanto el progreso terapéutico como el bienestar del paciente podrían verse afectados negativamente. Más aún, un terapeuta podría aprovecharse de su poder de forma tal que dichas acciones resulten en un abuso verbal, emocional, financiero o incluso sexual (Garrett y Davis, 1998); Gartrell et.al., 1986). Tales interacciones violan fronteras éticas y a menudo van en detrimento del paciente. Otros hechos, menos dramáticos pero potencialmente dañinos dentro de este espectro incluyen: aceptación de regalos, solicitudes de amistad del paciente en redes sociales, o relaciones duales entre el terapeuta y el paciente que violen estándares éticos. Claramente, las relaciones entre el terapeuta y el paciente pueden ser una fuente poderosa de daño.

## Daño surgido de las asociaciones del paciente con la música

Las asociaciones del paciente con la música forman el lado izquierdo del triángulo del MTHM, el cual conecta los componentes de la música y el paciente. Estas interacciones están caracterizadas por las asociaciones extramusicales del paciente para con la música presentada durante las sesiones, las cuales incluyen, aunque no se reducen a: respuestas condicionadas, preferencias, asociaciones emocionales con elementos específicos de la música (v.g., la letra, un instrumento), o conocimiento acerca de la música (v.g., el artista, el contexto histórico). El daño podría surgir cuando las asociaciones extramusicales del paciente producen una respuesta psicológica o física negativa, la cual está más allá del alcance de los objetivos terapéuticos de la sesión. De forma metafóricamente similar a cómo este lado del triángulo de MTHM no está en contacto con el elemento del terapeuta, las asociaciones del paciente son los factores menos probables de estar bajo el control directo del terapeuta, las cuales podrían aparecer inesperadamente en el curso del tratamiento. Aún así, el musicoterapeuta es el responsable de evaluar, monitorear y abordar dichas asociaciones del paciente si estas ocurrieran.

Por ejemplo, un musicoterapeuta trabajando con un paciente con un trastorno de consumo de sustancias podría sin intención presentarle una canción la cual este supo escuchar previamente durante sus episodios de consumo. Si se presentara una necesidad desmedida de consumo en el paciente por esta causa, esto podría causarle distrés emocional, cognitivo o físico dada la respuesta condicionada asociada a la música (Short y Dingle, 2016). Otros ejemplos de daño surgido de asociaciones específicas del paciente con la música podría incluir el uso de sonidos que despierten recuerdos traumáticos (por ejemplo, el uso de un tambor oceánico



con un paciente que haya sufrido abuso sexual en la ducha), o experiencias negativas con la imaginación en respuesta a la música (Abbott, 2005).

## Daño surgido de factores ecológicos

La última de las fuentes de daño propuestas, los factores ecológicos, está representada por tres círculos concéntricos, los cuales rodean al triángulo compuesto por los componentes del paciente, el musicoterapeuta y la música. Dichos círculos representan las dimensiones micro, meso y macro, las cuales abarcan el amplio contexto de aspectos físicos, sociales, culturales e históricos dentro de los cuales ocurren las sesiones de Musicoterapia. Tales tres niveles han sido adaptados de la teoría ecológica del desarrollo de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner y Morris, 2007). Estos aspectos ecológicos están siempre presentes en las sesiones, aunque no bajo el control directo del musicoterapeuta (ni tampoco presentes en la conciencia del mismo durante todo el tiempo). Sin embargo, estos factores a menudo dictan los resultados del paciente en Musicoterapia dada la relación recíproca entre el “*musicar*” y el contexto (McFerran y Saarikallo, 2014). Estos factores también incluyen la historia subyacente a las asociaciones específicas a la cultura del paciente con los elementos musicales, el repertorio, y el *setting* de la sesión.

El círculo interno representa los factores micro-ecológicos, que incluyen el ambiente inmediato de la sesión, es decir el espacio físico donde se desarrolla, la hora de la sesión, la presencia de otras personas durante la misma (por ejemplo, otros pacientes, u otros miembros del equipo). A continuación, los factores meso-ecológicos influyen la sesión en una escala mayor, que incluye el acervo cultural del paciente y su identidad. Etnia, género, estatus socioeconómico, discapacidades, las circunstancias de vida del paciente, así como el acervo cultural del terapeuta y su identidad se encuentran abarcados en este tipo de factores. Los factores macro-ecológicos incluyen un contexto más amplio, el cual se juega a nivel social, e incluye ideología y actitudes hacia la cultura en términos generales, así como puede tratarse de los sistemas que pudieran impedir el acceso del paciente al servicio de Musicoterapia.

El daño podría surgir desde estos factores cuando el musicoterapeuta falla en reconocerlos o en responder apropiadamente al distrés que experimente el paciente como resultado de sus interacciones con el contexto, y la influencia que tengan con respecto a su experiencia en la sesión. Ejemplos de daño potencial en el nivel micro podrían incluir un espacio físico para la sesión que resulte inseguro, o que el terapeuta falle en sentar reglas básicas para promover interacciones seguras entre los participantes de una dinámica grupal. En el nivel *meso*, el daño podría producirse en las interacciones del terapeuta con los puntos de vista, sesgos, identidades o circunstancias de vida del paciente. Estas incluyen, pero no están limitadas a: etnia, género, orientación sexual, afiliación religiosa, factores que podrían impactar el proceso de toma de decisiones del terapeuta o la relación terapéutica. Algunos ejemplos del daño en el nivel meso incluyen al terapeuta violando un tabú presente en la cultura del paciente (v.g., una musicoterapeuta mujer cantando para un paciente judío ortodoxo), o hacer atribuciones sobre comportamientos desafiantes del paciente en base a sesgos del musicoterapeuta, en lugar de tomar en consideración circunstancias extenuantes de la vida del paciente como un cambio de medicación o una crisis vital.

En el círculo exterior encontramos los ejemplos podrían incluir eventos de daño surgidos debido al impacto físico y/o psicológico del racismo, sexismo, capacitismo, u otras fuerzas de opresión sistémicas que puedan emerger durante la sesión (Hadley, 2013; Leonard, 2020). Aunque entre los musicoterapeutas se discute con frecuencia la necesidad de la sensibilidad cultural, la importancia de este tema resalta más al tenerse en cuenta su potencial dañino sobre la eficacia del musicoterapeuta. Por lo tanto, los musicoterapeutas necesitan desarrollar un tipo de respuesta holística ante temas culturales o diferencias de poder que inevitablemente puedan emerger en el espacio clínico. Está más allá del alcance de este artículo y la pericia de quien escribe el deconstruir el modelo desde la teoría crítica. El MTHM puede y debería ser sometido a discusiones entre

académicos con puntos de vista diversos para asegurar que sin que sea la intención se refuercen ideologías dañinas.

## Resumen de los componentes del MTHM y de las potenciales fuentes de daño

En resumen, el Modelo sobre daño en Musicoterapia (MTHM) reconoce seis fuentes potenciales de daño durante las sesiones de Musicoterapia: 1) la música presentada, 2) el musicoterapeuta, 3) la aplicación terapéutica de la música, 4) la relación terapéutica, 5) las asociaciones del paciente por la música, 6) factores ecológicos. Es importante reconocer que todos los componentes que conforman el modelo están siempre presentes durante la sesión de Musicoterapia, y por ende, inextricablemente entrelazados. Más aún, cada uno de los seis factores debe ser considerado en el contexto de las necesidades individuales de cada paciente, su diagnóstico, historia personal, y lazos culturales. La autora reconoce que el daño podría parecer diferente desde diversas áreas o niveles de la práctica, por lo cual los ejemplos reales de daño podrían estar anclados en más de una de las fuentes presentadas en el MTHM. Delinear las fuentes exactas del daño es un logro difícil de alcanzar en escenarios de la vida real. Para complicar aún más las cosas, un contexto clínico inapropiado o desfavorable no es garantía de que el daño ocurra. Es posible que un paciente no experimente daño en un espacio determinado, incluso cuando las condiciones son similares a aquellas que sí lo producen para un paciente distinto. Determinar si el daño ha ocurrido, así como las acciones apropiadas a seguir para remediarlo deben ser considerados en cada caso en particular, consultando directamente con el paciente afectado. Musicoterapeutas acreditados podrían no poder por sí solos reconocer un daño inadvertido que hayan permitido, facilitado o causado. Aún así, tienen la responsabilidad de escuchar, reflexionar sobre ello, y reparar las solicitudes y reclamos que lleguen hasta su atención.

## IMPLICANCIAS DEL MODELO SOBRE DAÑO EN MUSICOTERAPIA

### Implicancias clínicas

Definir y conceptualizar el daño despierta algunos sentimientos potencialmente incómodos en los musicoterapeutas. Es probable que, si no todos, algunos clínicos ya hayan causado daño o permitido que el daño ocurra dentro de una sesión, de acuerdo a las definiciones presentadas al respecto en este texto. Vale reiterar que el propósito del MTHM es describir y articular el daño potencial en la práctica de la Musicoterapia, no agredir o culpar ninguna práctica clínica de forma individual. Hablando desde la experiencia de la escritora, entender y aceptar que de hecho uno pudo haber causado o permitido que el mismo ocurra en cierto punto, es un proceso que implica introspección y aceptación, de modo de avanzar desde una posición defensiva a una crecientemente más consciente y cuidadosa de observar las propias acciones como profesional de la Musicoterapia.

Si la prevalencia del daño es potencialmente tan común, ¿qué podría hacerse para abordar y remediar el daño cuando ocurre? Aunque el MTHM presenta seis fuentes potenciales de daño, la probabilidad de que todas ocurran al mismo tiempo es muy baja. Idealmente, el musicoterapeuta podrá reconocer y responder ante el distrés del paciente al eliminar la fuente que lo produce, según las enumeradas en el modelo. Por eso, una falla en uno de los componentes presentados en el MTHM podría ser compensada por las fortalezas presentes en el resto de los componentes no implicados. En otras palabras, el daño puede ser minimizado a través de una práctica clínica competente cuando la integridad de uno de los MTHM se vea comprometida.

Una solución amplia para reducir el daño puede involucrar más oportunidades para la auto-examinación por parte de los musicoterapeutas. Según lo teorizado en este artículo, varias de las fuentes de daño presentadas se encuentran íntimamente conectadas a la figura del terapeuta y su proceso de toma de decisión.

Un musicoterapeuta que carece de la posibilidad del automonitoreo, y falla en examinar sus roles y sesgos puede incrementar el riesgo de daño para sus pacientes. Estas discusiones sobre el automonitoreo y la reflexión personal podrían ser incluidas en los programas de formación clínica, en los entornos formales e informales de supervisión, y las oportunidades para la formación continua. Una línea de defensa más bien inmediata contra el daño potencial implica el monitoreo cercano de sus acciones por parte del musicoterapeuta, y su respuesta ante los eventos ocurridos en sesión. Los siguientes cuatro pasos delinean una secuencia de acciones que podría ser implementada por los musicoterapeutas para minimizar la posibilidad del daño: 1) observación atenta y verificación de las respuestas del paciente en sesión, 2) reconocimiento del malestar en el paciente, 3) identificación de la fuente del malestar, según el MTHM, 4) respuesta en orden de modificar el componente del MTHM si está bajo el control del musicoterapeuta, en orden de minimizar el distrés y procesar la experiencia negativa.

En primer lugar, el terapeuta debe monitorear consistentemente las respuestas del paciente durante la sesión. Dichas observaciones abarcan las conductas del paciente, sus verbalizaciones, y/o el material clínico (v.g., letras compuestas, dibujos). En algunos casos, el paciente podría no ser directo con relación a la experiencia negativa vivida durante la sesión. Por ello, el musicoterapeuta debe realizar los esfuerzos necesarios de modo de verificar que el paciente esté teniendo una experiencia terapéuticamente significativa (sea positiva o negativa), al preguntar a su paciente directamente si fuera necesario. En segundo lugar, el terapeuta debería reconocer signos de malestar específicos del paciente, apelando a su entrenamiento y experiencia clínica. Una vez que un signo de distrés es observado, el musicoterapeuta debe identificar en cuál de los seis componentes del MTHM es más probable se encuentre la fuente del mismo. Si fuera posible, dicha identificación debe ser acompañada de una indagación sobre el motivo por el cual el paciente está experimentando dicha sensación. Finalmente, el terapeuta debe responder modificando de manera apropiada la fuente del MTHM desde la cual se desencadenó el evento, de manera de dar soporte a las necesidades inmediatas del paciente. Por ejemplo, el musicoterapeuta puede reducir o eliminar la fuente de estrés mientras, dinámicamente, re-balancea la relación con el resto de los componentes, de modo que esto sirva al bienestar del paciente.

Estos cuatro pasos para minimizar el daño pueden verse ilustrados en el siguiente ejemplo. Imagine a un musicoterapeuta que propone jugar a “adivinar la canción” utilizando música grabada, con un adolescente internado en una institución psiquiátrica, a modo de “recompensa” por su participación en una sesión individual enfocada en practicar estrategias de afrontamiento y *mindfulness*. El musicoterapeuta mezcla una lista de reproducción con canciones de música popular, y la parte alegre de una canción comienza, pero el profesional nota que el cuerpo del paciente comienza a tensarse, y este comienza a evitar su mirada. Este cambio súbito lleva al terapeuta a verbalizar sus observaciones y a preguntar al paciente cómo se está sintiendo. Entonces el paciente comienza a derramar lágrimas, y responde que la canción le recuerda a un amigo que recientemente cometió suicidio. El musicoterapeuta le pregunta si le gustaría que apagara la música, mientras que va bajando su volumen progresivamente y ejecutando una respiración profunda (sirviendo de modelo para su paciente), todo esto mientras continúa monitoreando visualmente las respuestas del paciente. Luego, el terapeuta comienza a tararear un cántico utilizado temprano en la sesión, con una letra acerca de sentir apoyo. El paciente responde respirando profundamente por unos momentos, sin pronunciar palabra, hasta que su postura es más relajada. El musicoterapeuta va, de a poco, concluyendo el tarareo y le ofrece al paciente la oportunidad de verbalizar sus asociaciones con la canción.

La viñeta ilustra una forma clínicamente apropiada de responder a la angustia del paciente, la cual podría haber resultado en un daño psicológico o físico importantes de no haber sido abordado de inmediato. El terapeuta puso en práctica una observación cuidadosa, el reconocimiento de signos específicos de malestar en el paciente, y verificó la causa del distrés con su paciente. Entonces modificó los otros componentes de la sesión (por ejemplo, la aplicación terapéutica de una canción anteriormente, referida a la práctica de una estrategia de afrontamiento) para guiar a su paciente hacia un sentimiento más cómodo de activación. En este ejemplo, la fuerte intuición del terapeuta, la observación atenta, y las asociaciones positivas del paciente con

la melodía del cántico, así como su confianza en la relación terapéutica sirvieron como factores protectores para mitigar el daño.

Aunque los pasos sugeridos pueden proveer de una respuesta inmediata para identificar el daño, la supervisión profesional es una solución más permanente y comprensiva para reducir la ocurrencia del daño en un nivel más amplio dentro de la práctica de la Musicoterapia. Sin embargo, a menudo las oportunidades de supervisión con un mentor no abundan, o bien no son requeridas luego de obtener la certificación del comité en los Estados Unidos, a pesar de las recomendaciones de la AMTA (*AMTA Professional Competency C.19.1*) a los musicoterapeutas de participar en múltiples espacios de supervisión. Por lo tanto, el potencial para la ocurrencia de efectos negativos o daño, implica la necesidad de mayor supervisión para los profesionales, ya sea en espacios informales con pares, o formales al interior de una supervisión como tal. Las discusiones en supervisión respecto del daño y su minimización, extenderían y contribuirían a normalizar este tema, idealmente conduciendo a una reducción en la ocurrencia del daño para los musicoterapeutas clínicos que se involucren en dichas conversaciones.

## Implicancias educativas y sobre el entrenamiento dentro de los Estados Unidos

El MTHM tiene también implicancias sobre el entrenamiento clínico de los estudiantes de Musicoterapia, en tanto una herramienta potencial para identificar fuentes potenciales de daño y factores protectores contra el mismo. Los programas educativos estándares para los musicoterapeutas en los Estados Unidos están regulados por la AMTA (*AMTA Professional and Advanced Competencies*, AMTA, 2013b, 2015). Sin embargo, los documentos referenciados abordan la cuestión del daño de manera diferente, y proveen expectativas poco claras respecto de cómo deberían los estudiantes recibir su educación con relación a esta temática tan importante. Sólo el documento sobre competencias avanzadas (AMTA, 2015) menciona explícitamente el aplicar conocimientos sobre contraindicaciones en la práctica de la Musicoterapia. Las mismas no son mencionadas en el documento sobre competencias profesionales (AMTA, 2013b), el cual regula la entrada en la práctica. En su lugar, en dicho documento se indica que “el profesional reconoce y responde apropiadamente a situaciones en las cuales hay riesgos claros y presentes para el paciente y/u otros” (AMTA, 2013b, C.14.4). Así, los programas educativos podrían no contener una guía clara sobre cómo preparar a los estudiantes para alcanzar las expectativas volcadas en el documento sobre los alcances de la práctica (*Scope of Practice's*, AMTA & CBMT, 2015), documento que indica que los musicoterapeutas deben incorporar conocimientos sobre daño a su práctica.

El campo de la psicoterapia provee algunas ideas iniciales sobre cómo los educadores podrían involucrar a los estudiantes en las discusiones relacionadas con el tratamiento y el daño. Castonguay et. al. (2010), sugirieron que los educadores generen conciencia sobre los tratamientos potencialmente dañinos, y examinen críticamente junto a quienes se encuentran en etapa de entrenamiento los factores contextuales que pueden producir daño. Complementariamente, Castonguay et. al., facilitaron una guía inicial para estudiantes de psicoterapia, que les enseñe a observar y reconocer cuando está en riesgo la relación terapéutica, de forma tal de perfeccionar las habilidades relativas a la experiencia, que son necesarias para solucionar problemas en la relación terapéutica. Aunque dicha guía inicial está destinada a estudiantes de psicoterapia, el campo de la Musicoterapia debe abordar el fenómeno musical -y las interacciones resultantes con el resto de los componentes de la sesión-, como fuentes adicionales de daño. El MTHM podría ser incorporado en diversos cursos en la formación como un marco para generar una discusión sobre cómo puede advenir efectos negativos en la práctica. Tales conversaciones entre mentor y la persona en entrenamiento no tienen por qué ser eventos singulares o aislados, sino más una discusión permanente y recursiva que evolucione durante la trayectoria formativa del aspirante a musicoterapeuta, en sus prácticas, y en contextos como el de una Residencia. A medida que la persona va madurando y desarrollando sus habilidades clínicas a través de

múltiples etapas prácticas, su supervisor debería proveer diversas oportunidades para discutir acerca de cómo el daño podría ocurrir y ser abordado en tal caso.

### **Implicancias relacionadas con la promoción y jerarquización de la Musicoterapia**

Una tercera y muy relevante implicancia del MTHM yace en potencial impacto del modelo frente a la percepción pública de la Musicoterapia, junto a iniciativas relacionadas con la promoción y la legislación de la profesión. En el pasado, la Musicoterapia fue presentada como una intervención terapéutica no invasiva (Gardstrom, 2008), con pocos riesgos o efectos secundarios. Esta explicación errónea sobre la Musicoterapia podría disminuir el entendimiento de una persona sin entrenamiento sobre la importancia y las oportunidades y requerimientos educativos únicos que debe cumplir un musicoterapeuta matriculado. Aunque los musicoterapeutas entienden cómo difiere su trabajo del de otras personas que trabajando con la música, o bien en el campo de la salud (como los voluntarios musicales), los miembros del público general podrían confundir o tener una perspectiva nebulosa sobre el alcance de la práctica con relación al dominio abarcado por otros profesionales de la salud o musicales. Al explicar las responsabilidades únicas al musicoterapeuta en lo referido a la evaluación, monitoreo, y la consecuente respuesta frente al daño, el MTHM puede contribuir a una mejor definición, y a la jerarquización de la Musicoterapia como profesión, como una de las que requiere de un entrenamiento especializado para su ejercicio. Más aún, el MTHM provee una articulación más clara del daño potencial, un concepto con implicancias directas en los Estados Unidos para el Plan operacional de reconocimiento estatal, un esfuerzo compartido entre AMTA y el CBMT (State Recognition Operational Plan, CBMT, s/d). Actualmente, los grupos de trabajo del Estado cuentan con pocos recursos para poder dar cuenta de cómo exactamente la legislación propuesta regularía la práctica de la Musicoterapia, de modo tal que sirva para proteger a sus usuarios. El MTHM podría contribuir a que los miembros de dichos grupos de trabajo puedan explicar el concepto de daño de forma más clara, de modo que los encargados de tomar decisiones a este nivel (es decir, los legisladores), puedan tomar decisiones debidamente informadas.

### **Implicancias para la investigación**

Finalmente, el MTHM trae aparejadas múltiples implicancias para investigaciones futuras sobre la práctica en Musicoterapia. En la actualidad, la literatura ofrece escasas elaboraciones sobre cómo pueden ser descritas, predichas o explicadas las prácticas dañinas en Musicoterapia. Incluso los investigadores no reportan de forma consistente los efectos negativos o contraindicaciones relevantes a la práctica clínica. Sin embargo, los reportes incompletos sobre daño no se encuentran limitados a la investigación en Musicoterapia. Una revisión por Jonsson et. al. (2014), dedicada a tratamientos psicológicos, reportó que sólo el 21% de los estudios incluídos reportaron el monitoreo de posibles signos de daño en los pacientes, y sólo el 3% de los estudios proveyó una descripción detallada sobre cómo el daño fue definido y medido. Las disciplinas del campo de la salud continúan debatiendo sobre cuáles son las mejores formas de evidencia para identificar efectos negativos, daño y contraindicaciones al interior de las terapias. Barlow (2010) presentó diversas ideas referidas a métodos potenciales para descubrir el daño, incluído el diseño experimental (por ejemplo, los ensayos clínicos controlados versus los estudios de caso), y una línea de tiempo para monitorear el daño (v.g., durante la parte activa del tratamiento versus períodos específicos luego de terminado el tratamiento). De manera adicional, Ioannidis et. al. (2004), proveyeron diversas y valiosas indicaciones para reportar el daño al interior de los ensayos clínicos controlados, las cuales podrían servir de guía a los investigadores en intervenciones musicales.

Actualmente, las guías para el reporte de intervenciones basadas en la música de Robb et. al. (2010), es la herramienta por excelencia en las buenas prácticas para la comunicación de los detalles de las intervenciones basadas en la música. Sin embargo, en la actualidad, estas guías no recomiendan reportar efectos adversos, negativos, o secundarios en los tratamientos basados en la música. Aunque los comités de revisión

institucionales ofrecen una revisión para proteger a los participantes, los investigadores podrían considerar contar con un plan explícito para monitorear y reportar el posible impacto negativo de las intervenciones basadas en la música, de modo de asegurar la seguridad de sus participantes. Si los investigadores ejercen un monitoreo consistente y transparente sobre los efectos clínicos negativos, podrían empezar a emerger patrones relevantes para entender el daño. De forma adicional, la colaboración con disciplinas científicas relacionadas al estudio de la música podría también ilustrar los mecanismos físicos y psicológicos subyacentes a las experiencias musicales, de modo tal que los terapeutas puedan comprender con mayor precisión las causas del daño.

## RESUMEN Y RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS

Este artículo presentó una versión preliminar del Modelo sobre daño en Musicoterapia (MTHM), para el entendimiento de las posibles fuentes de daño físico o psicológico dentro de una sesión de Musicoterapia. Las anécdotas clínicas tanto para el terapeuta como para el paciente sugieren que este modelo puede resultar útil para organizar el entendimiento del campo sobre la complejidad del daño. Este modelo, en la actualidad, persiste como un marco teórico, en ausencia de investigaciones sistemáticas sobre esta temática. Así, el MTHM podría continuar siendo precisado a través de discusiones y estudios permanentes. La falta de la puesta a prueba con una metodología científica rigurosa es una limitación mayor, por lo que las sugerencias clínicas y pedagógicas hechas en el presente texto continúan siendo de una naturaleza hipotética con relación a su efectividad. Tal como fue afirmado anteriormente, la investigación sobre el daño en un contexto clínico continúa siendo un desafío ético y logístico. A pesar de los desafíos para la puesta a prueba empírica de las proposiciones hechas en este artículo, muchas líneas de indagación podrían aportar una comprensión subsecuente.

En primer lugar, una revisión sistemática de la literatura resulta necesaria para reunir información sobre efectos secundarios ya conocidos, efectos dañinos, o contraindicaciones de la práctica de la Musicoterapia. Tal estudio proveería la fundación para lo que se entiende en la actualidad sobre los efectos negativos de las intervenciones musicales. Otro estudio potencial podría reunir y analizar observaciones sobre los efectos negativos de la música según reportes de musicoterapeutas debidamente acreditados, otros profesionales que apliquen intervenciones basadas en la música, y los pacientes. Tal relevamiento serviría también como punto de partida la medición o tipificación de las respuestas adversas que pueden ocurrir durante las experiencias musicales. De manera adicional, diseños de investigación creativos podrían encontrar la forma de estudiar de forma ética cómo la música puede impactar negativamente la conducta humana, incluidos los reportes de los pacientes sobre los efectos negativos experimentados en Musicoterapia. Entonces, la dirección de la investigación en el futuro podría incluir el desarrollo de herramientas de evaluación de los efectos negativos sobre los resultados de los pacientes en Musicoterapia, de modo de medir y recolectar información sistemáticamente sobre cómo aparece el daño en escenarios clínicos. Esfuerzos compartidos y un diálogo sostenido sobre la forma en que el daño aparece en la práctica clínica de la Musicoterapia ayudarán a diferenciar a la misma de otras profesiones que utilicen la música, a elevar los estándares de entrenamiento y práctica clínica, todo lo cual contribuiría en último término a la calidad de los resultados para los pacientes.

## REFERENCIAS

- Abbot, E. (2005). Client experiences with the music in the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM). *Qualitative inquiries in music therapy*, 2, 36-61.
- Abrams, B. (2010). Evidence-based music therapy practice: An integral understanding. *Journal of music therapy*, 47(4), 351-379. <https://doi.org/10.1093/jmt/47.4.351>

- Altenmüller, E., y Furuya, S. (2017). Apollos gift and curse: Making music as a model for adaptive and maladaptive plasticity. *Neuroforum*, 23(2), 57-75. <https://doi.org/10.1515/nf.2016-A054>
- American Music Therapy Association (n.d.). Standards for education and clinical training. Retrieved January 20, 2020 from <https://musictherapy.org/members/edctstan/>
- American Music Therapy Association (2013a). American music therapy association standards of clinical practice. Retrieved from <https://musictherapy.org/about/standards/>
- American Music Therapy Association (2013b). American music therapy association professional competencies. Retrieved from <https://musictherapy.org/about/competencies>
- American Music Therapy Association (2015). American music therapy association advanced competencies. Retrieved from <https://musictherapy.org/members/advancedcomp>
- American Music Therapy Association, y The Certification Board for Music Therapists (2015). Scope of music therapy practice. [https://musictherapy.org/about/scope\\_of\\_music\\_therapy\\_practice/](https://musictherapy.org/about/scope_of_music_therapy_practice/)
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatment. *American psychologist*, 65(1), 13-20. <https://doi.org/10.1037/a0015643>
- Bronfenbrenner, U., y Morris, P. A. (2007). The bioecological model of development. *Theoretical models of music development*, 1. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3rd edition). Barcelona Publishers.
- Carlson, E., Saarikallio, S., Toiviainen, P., Bogert, B., Kliuchko, M., y Brattico, E. (2015). Maladaptive and adaptive emotion regulation through music: A behavioral and neuroimaging study of males and females. *Frontiers in human neuroscience*, 9(466), 1-13. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00466>
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., y Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American psychologist*, 65(1), 34-49. <https://doi.org/10.1037/a0017330>
- Certification Board for Music therapists (n.d.). Why state recognition of music therapy matters. Retrieved on January 20, 2020 from <http://cbmt.org/advocacy/state-recognition/>
- Conroy, J. (2000). *Unspeakable acts, ordinary people: The dynamics of torture. An examination of the practice of torture in three democracies*. University of California Press.
- Cusick, S. G. (2008). You are in a place that is out of this world...: Music in the detention camps of the “global war on terror.” *Journal of the Society for American Music*, 2(1), 1-26. <https://doi.org/10.1017/S1752196308080012>
- Dimidjian, S., y Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65(1), 21-33. <https://doi.org/10.1037/a0017299>
- Edwards, J. (2011). A music and health perspective on music’s perceived “goodness”. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(1), 90-101. <https://doi.org/10.1080/08098130903305085>
- Gardstrom, S. C. (2008). Music as a noninvasive treatment: Who says? *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(2), 142-154. <https://doi.org/10.1080/08098130809478205>
- Garrett, T., y Davis, J. D. (1998). The prevalence of sexual contact between British clinical psychologists and their patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 253-263. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199812\)5:4<253::AID-CPP171>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199812)5:4<253::AID-CPP171>3.0.CO;2-4)
- Garrido, S., Eerola, T., y McFerran, K. (2017). Group rumination: Social interactions around music in people with depression. *Frontiers in psychology*, 8(490). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00490>
- Gartrell, N. Herman, J. L., Olarte, S., Geldstein, M., y Localio, R. (1986). Psychiatrist-patient sexual contact: Results of a national survey. I: Prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1126-1131. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.9.1126>
- Gattino, G. S. (2015). Some considerations about the negative effects of music. *Musica Hodie*, 15(2), 62-72.
- Gutheil, T. G., y Brodsky, A. (2008). Preventing boundary violation in clinical practice.

- Gilford Press. Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B., y Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical psychology and psychotherapy*, 17, 25-32. <https://doi.org/10.1002/cpp.656>
- Ioannidis, J. P., Evans, S. J., Gøtzsche, P. C., O'Neill, R. T., Altman, D. G., Schulz, K., y Moher, D. (2004). Better reporting of harms in randomized trials: An extension of the CONSORT statement. *Annals of internal medicine*, 141(10), 781-788. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-10-200411160-00009>
- Isenberg, C. (2012). Primum nil nocere (above all, do no harm): A direction for the development of music therapy. *Canadian Journal of Music Therapy*, 18(1), 62-78.
- Jonsson, U., Alaie, I., Parling, T., y Arnberg, F. K. (2014). Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: A review of current practice. *Contemporary clinical trials*, 38, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.02.005>
- Kalas, A. (2012). Joint attention responses of children with autism spectrum disorder to simple versus complex music. *Journal of Music Therapy*, 49(4), 430-452. <https://doi.org/10.1093/jmt/49.4.430>
- Kaplan, P. W. (2003). Musicogenic epilepsy and epileptic music: A seizure's song. *Epilepsy y behavior*, 4, 464-473. [https://doi.org/10.1016/S1525-5050\(03\)00172-0](https://doi.org/10.1016/S1525-5050(03)00172-0)
- Lambert, M. J., y Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy theory research y practice*, 38,(4), 357-361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Leonard, H. (2020). A problematic conflation of justice and equality: The case for equity in music therapy. *Music therapy perspectives*, 38(2), 102-111. <https://doi.org/10.1093/mtp/miaa012>
- Linden, M. (2013). How to define, find, and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical psychology and psychotherapy*, 20(4), 286-296. <https://doi.org/10.1002/cpp.1765>
- Linden, M., y Schermuly-Haupt, M. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World psychiatry*, 13(3), 306-309. <https://doi.org/10.1002/wps.20153>
- Loewy, J., Steward, K., Dassler, A. M., Telsey, A., y Homel, P. (2013). The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. *Pediatrics*, 131((5), 902-918. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1367>
- McCoy, A. (2006). *A question of torture: CIA interrogation, from the Cold War to the war on terror*. Metropolitan Books.
- McFerran, K. S., y Saarikallio, S. (2014). Depending on music to feel better: Being conscious of responsibility when appropriating the power of music. *The arts in psychotherapy*, 41(1), 89-97. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.11.007>
- Murakami, B. (2018, March 1-4). A framework for understanding the potential for harm within music therapy [Conference presentation]. WRAMTA 2018 Conference, Ontario, CA, United States.
- Murakami, B., y Goldschmidt, D. (2017, November 13-19). Music and harm: What we know and what we need to know [Conference presentation]. AMTA 2017 Conference, St. Louis, MO, United States.
- Murakami, B., y Goldschmidt, D. (Hosts). (2018, October). Potential harm in music therapy? [Audio podcast]. <https://amtapro.musictherapy.org/?p=2100>
- Nutt Williams, E. (2008). A psychotherapy researcher's perspective on therapist self-awareness and self-focused attention after a decade of research. *Psychotherapy research*, 18(@), 139-146. <https://doi.org/10.1080/10503300701691656>
- Otterman, M. (2007). *American torture from the Cold War to Abu Gharaib and beyond*. Melbourne University Press.
- Pope, K. S., y Vasquez, M. J. T. (2007). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (3rd ed.). Jossey-Bass.
- Proctor, G. (2002). *The dynamics of power in counseling of psychotherapy: Ethics, politics, and practice*. PCCS Books.
- Rheker, J., Beisel, S., Kraling, S., y Rief, W. (2017). Rate and predictors of negative effects in psychotherapy in psychiatric and psychosomatic inpatients. *Psychiatry research*, 254, 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.042>



- Robb, S. L., Carpenter, J. S., y Burns, D. S. (2010). Reporting guidelines for music-based interventions. *Journal of Health Psychology*, 16(2), 342-352. <https://doi.org/10.1177/1359105310374781>
- Roskam, K. S. (1993). Cluttering the psychological house: the damage music can do. In *Feeling the sound: The influence of music on behavior* (pp. 49-61). San Francisco Press, Inc.
- Rozental, A., Castonguay, L., Dimidjian, S., Lambert, M., Shafran, R., Andersson, G., y Carlbring, P. (2018). Negative effects in psychotherapy: Commentary and recommendations for future research and clinical practice. *BJPsych Open*, 4(4), 307-312. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.42>
- Saarikallio, S., Gold, C., y McFerran, K. (2015). Development and validation of the Healthy-Unhealthy Music Scale. *Child and adolescent mental health*, 20(4), 210-217. <https://doi.org/10.1111/camh.12109>
- Short, A. D. L., y Dingle, G. A. (2016). Music as an auditory cue for emotions and cravings in adults with substance use disorder. *Psychology of music*, 44(3), 559-573. <https://doi.org/10.1177/0305735615577407>
- Standley, J. M., y Walworth, D. (2010). *Music therapy with premature infants* (2nd edition). The American Music Therapy Association, Inc.
- Thaut, M. H., Thaut, C. P., y McIntosh, K. (2014). Melodic Intonation Therapy (MIT). In M. H. Thaut and V. Hoemberg (Eds.) *Handbook of neurologic music therapy*. Oxford University Press.
- World Federation of Music Therapy. (2021, March 19). WFMT Membership. <https://wfmt.info/wfntmembership-2017-2020/>
- Yalom, I. D., y Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.
- American Music Therapy Association (2019). Code of ethics. Retrieved from <https://musictherapy.org/about/ethics>

## NOTAS

- 1 Nota del traductor: la autora utilizó el término “*advocacy*”, el cual es un sustantivo que proviene del verbo “*to advocate*”. Una traducción directa del mismo implicaría el uso de términos no frecuentes en castellano (por ejemplo “abogar”, “propugnar”, “defender”), ninguno de los cuales refleja completamente en nuestro idioma, la complejidad y el alcance del sentido dado por la investigadora a este término en el contexto original. Es por ello que se optó por insertar una construcción compuesta en los lugares del texto donde aparece el término, la cual nos permitió señalar la amplitud de aristas intencionadas originalmente, dada la importancia de estas para el análisis que se hace de la cuestión.
- 2 Murakami, B. (2021). The music therapy and harm model (MTHM): Conceptualizing harm within music therapy practice. *ECOS - Revista Científica De Musicoterapia Y Disciplinas Afines*, 6(1), 003. <https://doi.org/10.24215/27186199e003>