



Universidad del Salvador  
**TRABAJO INTEGRADOR FINAL**  
**LICENCIATURA EN MUSICOTERAPIA**

**ALUMNAS:**

Astarloa, Maitena. D.N.I 38.258.530

Climent, Lucia. D.N.I 38.066.725

Gollan, Manuela. D.N.I 40.388.844

**PROFESORES:**

Lic. Violeta Schwarcz López Aranguren

Lic. Florencia Lajer

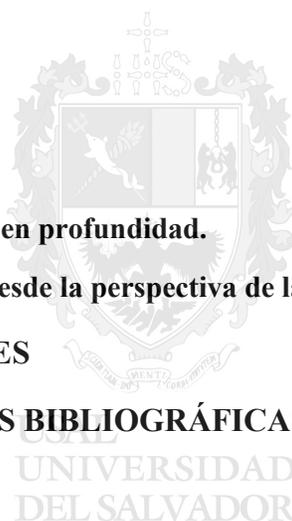
Lic. Pedro Dorr

**Buenos Aires, Marzo del 2022.**

# Índice

<b>Agredecimientos</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I: INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
1.1 Título	2
1.2 Tema	2
1.3 Contextualización del estudio	2
1.4 Planteamiento del problema, pregunta general y específicas	3
1.5 Objetivos de la investigación, objetivos general y específicos	4
1.6 Hipótesis	5
1.7 Importancia/Justificación	5
<b>Capítulo II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1 Vulnerabilización social	6
2.2 Consumo problemático de sustancias	8
2.3 Musicoterapia social	10
2.3.1 Salud Comunitaria	10
2.3.2 Características de la Musicoterapia Social	11
2.4 Escucha Integral	12
Gráfico 1	13
2.5 Estado del arte	14
<b>Capítulo III: MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>15</b>
3.1 Unidad de análisis y Muestra	16
3.2 Recolección y análisis de datos	17
<b>Capítulo IV: ARTICULACIÓN DE DISPOSITIVOS</b>	<b>18</b>
4.1 SEDRONAR, las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAACS) y El Comedor del Fondo.	19
4.2 Miradas compartidas: El Comedor del Fondo y la Musicoterapia Social	21
<b>Capítulo V: LA EXPERIENCIA DEL PROYECTO “Música y Expresión”.</b>	<b>23</b>

<b>5.1 Descripción del taller</b>	<b>23</b>
<b>5.1.1 Familiarización</b>	<b>24</b>
<b>5.1.2 Taller</b>	<b>27</b>
<b>5.1.3 Encuadre</b>	<b>28</b>
<b>5.1.4 Características del grupo</b>	<b>28</b>
<b>5.1.5 Técnicas, recursos y desarrollo de actividades</b>	<b>28</b>
<b>5.2 Análisis de datos desde la perspectiva de los participantes.</b>	<b>31</b>
<b>5.2.1 Encuestas</b>	<b>31</b>
Gráfico 2	33
Gráfico 3	34
Gráfico 4	35
Gráfico 5	37
Gráfico 6	38
Gráfico 7	40
<b>5.2.2 Entrevistas en profundidad.</b>	<b>41</b>
<b>5.3 Análisis de datos desde la perspectiva de las facilitadoras.</b>	<b>44</b>
<b>Capítulo VI: CONCLUSIONES</b>	<b>49</b>
<b>Capítulo VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (según normas APA).</b>	<b>52</b>
<b>Capítulo VIII: ANEXOS</b>	<b>56</b>



## **Agradecimientos,**

**A** nuestras familias, en especial a nuestras madres y padres por el amor, el sostén y la paciencia.

**A** la Universidad del Salvador y al equipo de profesores

**A** nuestros compañeros/as, por ser el motor esencial durante los años de cursada.

**A** todas las personas que prestaron sus oídos y abrazos durante el recorrido de la carrera y durante el tiempo que nos llevó realizar esta investigación.

**A** “El Comedor del Fondo”, en especial a los coordinadores por abrirnos sus puertas.

**A** todos los participantes de “La Murga del Fondo” por darnos la oportunidad de aprender tanto.

**A** la China y Jochi, por brindarnos toda su sabiduría y orientarnos en la investigación.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## Capítulo I: INTRODUCCIÓN

### 1.1 Título: “Musicoterapia Social en El Comedor del Fondo”

**1.2 Tema:** Articulación de estrategias de Musicoterapia Social aplicadas en un dispositivo de abordaje de consumo problemático en contextos de vulnerabilización social.

### 1.3 Contextualización del estudio.

El presente trabajo de investigación final pretende **analizar cómo se articula un taller de musicoterapia social, que toma como eje la Escucha Integral, en un dispositivo de abordaje comunitario del consumo de sustancias en sectores vulnerabilizados, desde la perspectiva de las personas que participan y de quienes facilitan el taller.**

Llevamos adelante esta experiencia entre los meses de junio y agosto del año 2019 en un dispositivo llamado “El Comedor del Fondo”, ubicado en el Barrio 31, Ex Villa 31, en la comuna de Retiro, Ciudad de Buenos Aires. Este barrio nace como un asentamiento en 1932 con el nombre de “Villa Desocupación” y a partir de allí se sucedieron diversos intentos de erradicación por parte de las autoridades. El problema social del Barrio 31, y de las demás urbanizaciones informales, no es únicamente un problema de falta de viviendas sino que involucra un conjunto de dimensiones más amplias que abarcan el campo de sus condiciones de existencia y reproducción social. En este marco, la problemática actual de la informalidad urbana implica una forma de habitar la ciudad dominada por la incertidumbre respecto a los derechos de uso y propiedad del suelo, la tenencia de vivienda, la deficiencia de sus aspectos constructivos, la ausencia o baja calidad de los servicios públicos, de infraestructura urbana básica y de un medio ambiente saludable. Estas graves condiciones, violatorias de derechos sociales, son solamente algunas de las carencias que padecen los residentes de estos espacios.

En este contexto surge “El Comedor del Fondo”, un dispositivo que nace con la intención de visibilizar y transformar las injusticias que padecen los y las jóvenes condenados a vivir en la calle en uno de los tantos rincones de la ciudad de Buenos Aires. En el fondo del Barrio 31 Bis de Retiro, “los pibes y pibas”, vecinos y vecinas y trabajadores del campo popular, de alguna u otra manera se encuentran allí y quedan transformados por lo que diariamente comparten y viven. El 3 de septiembre del año 2013, con un improvisado guiso

compartido en la calle entre los jóvenes, vecinos/as y trabajadores/as de la economía popular, nació el comedor. De aquellas primeras ollas que se repartieron, pasaron a cocinar en uno de los containers para finalmente mudarse a un espacio propio construido por ellos mismos. El objetivo del comedor sin fines de lucro es promover el acceso a la salud pública, gratuita y de calidad para la población de escasos recursos, principalmente, personas en situación de calle y consumo. También buscan propiciar las formaciones de jóvenes y adultos con el fin de mejorar su acceso al mundo laboral. Actualmente forman parte de la red de Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC) de SEDRONAR (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina), lo cual especifica su trabajo con consumo problemático de sustancias. Trabaja allí un equipo conformado por trabajadoras sociales, psicólogas y otros profesionales de la salud, operadores comunitarios que contienen y acompañan las demandas cotidianas que van surgiendo, como así también los procesos de internación, la inserción en las comunidades terapéuticas y los conflictos con la ley.

Paralelamente, desde nuestra experiencia académica y práctica en el campo de la Musicoterapia reconocemos la existencia de una rama específica denominada Musicoterapia Social, la cual se presenta desde el recurso del hacer musical reflexivo, aquel que “puede ser una herramienta apropiada para la identificación conjunta de necesidades y problemáticas de una comunidad y el consecuente desarrollo de posibilidades de transformación” (Demkura et al., 2007, p. 4). Se trata de una disciplina que tiene por objeto transformar la realidad de una comunidad.

Es así como, a partir del acercamiento a la realidad del Barrio 31, del Comedor, y de nuestra experiencia teórica y práctica en el ámbito de la musicoterapia social, comenzamos a hacernos algunas preguntas en relación a la posible interacción de estos espacios. Nos surgen inquietudes personales y académicas sobre el modo en que este dispositivo, sus actividades y las trayectorias de las personas que lo habitan pueden conjugarse con un taller de Musicoterapia Social.

#### **1.4 Planteamiento del problema. Pregunta general y específicas.**

En base a lo expresado anteriormente, la situación problemática que encontramos y motiva nuestra investigación es que, si bien El Comedor del Fondo realiza un abordaje integral del consumo problemático de sustancias en contextos de vulnerabilización, no se tenía hasta el

momento la experiencia de trabajo a partir de un taller de musicoterapia social, como estrategia de intervención social.

Del proceso de acercamiento a esta situación, resultó nuestra principal inquietud que es **¿cómo se articula la musicoterapia social, que toma como eje la escucha integral, en un dispositivo comunitario enfocado al consumo problemático de sustancias en un barrio vulnerabilizado?** Luego, en el recorrido entre bibliografía y los primeros encuentros en el comedor, comenzamos a formularnos indagaciones más específicas como ser: ¿Qué objetivos comparten estas dos estrategias de abordaje de situaciones, la musicoterapia social y la CAAC “El Comedor del Fondo”? ¿Qué rol juega la escucha integral de un taller de musicoterapia social en estos contextos? ¿Cómo se desarrollaría dicho taller? De este modo fuimos definiendo los objetivos de la investigación que se presentan a continuación.

### **1.5 Objetivos de la investigación. Objetivo general y específicos.**

El objetivo general de esta investigación es **analizar cómo se articula un taller de musicoterapia social, que toma como eje la Escucha Integral, en un dispositivo de abordaje del consumo de sustancias en sectores vulnerabilizados, desde la perspectiva de las personas que participan y de quienes facilitan el taller.**

Para poder abordar este planteo general consideramos necesario adentrarnos en los siguientes objetivos específicos:

- Identificar si existen objetivos comunes entre la CAAC “El Comedor del Fondo” y la musicoterapia social.
- Describir las posibles implicancias de la escucha integral de un taller de musicoterapia social desde la perspectiva de las personas que participan en “El Comedor del Fondo”.
- Analizar las características propias de un taller de musicoterapia social en un dispositivo de abordaje de consumo problemático en sectores vulnerabilizados desde la perspectiva de las facilitadoras del taller.

## 1.6 Hipótesis

El supuesto que encontramos como trasfondo de los planteos que realizamos es que un taller de musicoterapia social, que toma como eje la Escucha Integral, puede articularse con un dispositivo de abordaje del consumo de drogas en sectores vulnerabilizados.

## 1.7 Importancia/Justificación

La importancia de este estudio radica en que creemos que desarrollar una investigación en base a una experiencia concreta que describa los objetivos en común entre la CAAC “El Comedor del Fondo” y la musicoterapia social e indague en la posibilidad de trabajar en conjunto, desde lo comunitario y el territorio, refuerza la posibilidad de dicha integración, como un llamado necesario a expandir la musicoterapia social en sectores vulnerados y excluidos. Sostenemos que es necesaria y urgente la promoción de espacios de expresión y reflexión donde se construyan lazos sociales y autonomía para poder enfrentar la realidad cotidiana. La vulnerabilidad no contribuye a un buen estado de salud para ningún individuo. Creemos que la intervención musicoterapéutica en este contexto puede nutrir y acompañar a quienes participen del espacio. Sostenemos que la música como herramienta, como recurso, conforma un camino para llegar a lugares del ser humano que otras perspectivas de la salud dejan por fuera, fomentando específicamente la escucha integral como vector necesario que fortalece y amplía el bienestar: “la música como lugar de ser”. Por todo esto es que nos reconocimos convocadas a elegir la musicoterapia social.

Para abordar los planteos realizados de manera sistematizada la estructura del trabajo continúa en el *capítulo II con el Marco Teórico*, donde se desarrollan los conceptos necesarios para comprender los enfoques desde los cuales nos posicionamos respecto a la vulnerabilización social, el consumo problemático de drogas, la Musicoterapia Social y la Escucha Integral. Este capítulo finaliza con Estado del Arte, el cual nos permite recuperar investigaciones realizadas en relación con nuestro objeto de estudio para situarnos en la temática y tener en cuenta el conocimiento ya existente.

El *capítulo III está conformado por el Marco Metodológico*. Explicitamos allí el diseño de la investigación, el modo de recolección de datos y análisis de los mismos.

Luego comenzamos a adentrarnos en los datos concretos de nuestro estudio, planteando en el *capítulo IV* el análisis de los objetivos de los dispositivos, es decir, por un lado de la

CAAC “El Comedor del Fondo” y por el otro del taller de Musicoterapia Social. Esto se realizará a partir del análisis de documentos y de experiencias de las facilitadoras del taller.

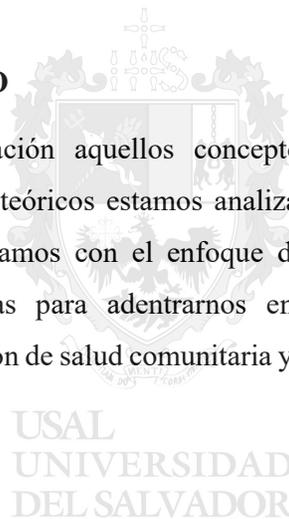
En el *capítulo V* describimos en detalle la experiencia llevada a cabo en territorio y exponemos pareceres y reflexiones de quienes participaron del taller y de quienes lo propusieron y facilitaron. Se tendrán en cuenta para este apartado las matrices de datos realizadas en cada encuentro, las encuestas y entrevistas aplicadas a los y las participantes y las crónicas de las facilitadoras.

Finalmente, el *capítulo VI muestra las conclusiones* a las que arribamos luego del desarrollo de la investigación, las cuales nos conducen a las cuestiones más relevantes del problema de investigación planteado, teniendo en cuenta la práctica concreta, su análisis a la luz de la teoría y las reflexiones de las personas implicadas en la experiencia.

## **Capítulo II: MARCO TEÓRICO**

Desarrollamos a continuación aquellos conceptos que creemos necesarios para comprender desde qué supuestos teóricos estamos analizando la situación y qué elementos subyacen a la problemática. Iniciamos con el enfoque de la vulnerabilización social y el consumo problemático de drogas para adentrarnos en los aspectos principales de la Musicoterapia Social, su concepción de salud comunitaria y el concepto de la Escucha Integral.

### **2.1 Vulnerabilización social.**



*“Los nadies, los hijos de nadie, los dueños de nada.*

*Los nadies, los ningunos, los ninguneados,  
corriendo la liebre, muriendo la vida, jodidos, rejodidos.*

*Que no son, aunque sean (...)*

*Que no figuran en la historia universal,  
sino en la crónica roja de la prensa local.*

*Los nadies, que cuestan menos que la bala que los mata”.*

***Galeano, E. (1940) Los Nadies. Fragmento***

Esta investigación se realiza en un dispositivo que funciona en un contexto de vulnerabilización social y es por ello resulta necesario explicitar qué implica dicho concepto. La exclusión de nuestra sociedad de grandes sectores de la población se presenta como una característica visible de la actualidad. Sin embargo, ningún ser humano, ni grupo poblacional es vulnerable por naturaleza, sino más bien, son las condiciones y los factores de exclusión o discriminación los que dan paso a que muchas personas y grupos de personas vivan en situación de vulnerabilidad e impedidos de gozar plenamente de los derechos humanos.

Según define una investigación realizada en 2018, “Las personas vulnerabilizadas se ven definidas como individuos en que la falta de filiación, de sentido, de direccionalidad de la vida tanto a nivel físico, psíquico, como moral y espiritual, los perpetúa en el lugar de “resto” social. Siendo excluidos tanto por lo social más amplio como por los grupos naturales de pertenencia; de ahí que los dispositivos de abordaje se crean para poder transformar esa realidad”. (Frega. A. L; Schwarcz. L. A. V; Del Amo O; 2018 p. 208-209)

Abramovay (2002) explica a la vulnerabilidad social como el resultado negativo de la relación entre la disponibilidad de los recursos materiales o simbólicos de los actores, sean ellos individuos o grupos, y el acceso a la estructura de oportunidades sociales, económicas, culturales que provienen del Estado, del mercado y de la sociedad. Por tanto, se los puede definir como aquellos sectores que habitan a los márgenes del sistema, o que se encuentran excluidos de él.

Ruiz (2000) expone que la exclusión o la vulnerabilidad puede ser vista como la clave explicativa de los procesos de empobrecimiento y de la misma pobreza, pues se trata de un proceso que afecta a nuevos grupos sociales de manera creciente o agrava la situación de otros, profundizando las desigualdades existentes.

En otro aspecto, la pobreza se refiere tradicionalmente a la dimensión económica de carencia material que no permite la satisfacción de las necesidades básicas y la obtención de un nivel de vida considerado como “aceptable”. En cambio, la vulnerabilidad social se define como un concepto multidimensional, que considera una multiplicidad de aspectos jurídicos, económicos, culturales. Se entiende en consecuencia, que existen diversos planos de desigualdades, cada uno con su especificidad, pero también con vínculos de interdependencia que confluyen en la generación de circuitos convergentes y progresivos de generación de exclusión y vulnerabilidad social. (Ruiz-Tagle, J., 1999).

Tomando a P. Pellizari nos resulta importante destacar que “cuando la vulnerabilidad o la exclusión avasallan a la persona, sus palabras, su voluntad y sus sentimientos pierden valor y comienzan a desvincularse. Las personas y las comunidades van quedando - a fuerza de exclusiones y vulnerabilidades- libradas al sin sentido (Moise citado por Pellizari. P 2011. p.41). Esto hace que sea necesario introducir en la atención de la salud, abordajes lo suficientemente creativos para que el sujeto restituya sus emociones y sus actos cotidianos a su palabra y modo de vida”. (Pellizari 2011. p.41)

## **2.2 Consumo problemático de sustancias.**

En cuanto al consumo problemático de sustancias resulta importante explicitar el paradigma desde el cual se aborda la temática, siendo aquel que entiende que el consumo es cualitativamente distinto de un sujeto a otro, y que cada acto de consumo asume una característica particular y especial en cada contexto.

Castel (1994) parte de la idea de que lo determinante no es el producto (la sustancia), sino la relación entre ese producto y el modo de vida en que se inscriben las drogas, ya que éstas no existen como algo independiente de las variadas y diferenciadas formas de su uso. Por ello, es necesario hablar de diferentes modos de consumo, lo que comprende: frecuencias y cantidades, tipo de compromiso frente al consumo de drogas, significados que los grupos les otorgan a las drogas, rituales y sanciones organizados alrededor del consumo de las sustancias.

Touzé (2010) explica que existen diferentes formas de vincularse con las drogas, y cualquiera de ellas puede provocar daños a las personas si se constituyen en un uso problemático. El uso problemático puede ser definido como aquel que afecta negativamente, en forma ocasional o crónica, uno o más aspectos de la vida de una persona tales como su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos), sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio) o sus relaciones con la ley.

Por otro lado, la Ley 26.934, que establece el Plan IACOP (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos), creada y sancionada el 30 de abril del 2014; dispone una nueva perspectiva frente a dicha problemática conceptualizando en el Artículo 2º **Consumo problemático** “se entiende por Consumos Problemáticos aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o

ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.”

En base a lo establecido por el Plan IACOP, se entiende entonces, que el consumo problemático de sustancias se origina a partir de diferentes causas o contextos. Aquellos sectores en los cuales la vulnerabilidad y la marginalidad se hacen presentes cotidianamente, el consumo funciona muchas veces como una alternativa posible ante la ausencia de contención, de límites y de autoestima, entre otros aspectos más. Es por esto que el consumo problemático representa un fenómeno social y como tal afecta e involucra a todos los actores sociales. (Stehlik, C, 2008)

Miguez (2010) establece que la población en situación de máxima vulnerabilidad con consumo problemático de sustancias psicoactivas le atribuye al mismo consumo, el propósito deliberado de intermediar su relación con la naturaleza, con los otros hombres e, incluso, consigo mismo. El descubrirse en un espiral sin salida para corregir el rumbo de su vida resulta en una frustración muy profunda que acentúa la ansiedad por consumir y escapar de esa propia realidad que les repugna y recibir a cambio una inyección rápida de placer. Paradójicamente la droga, se transforma en un impulso vital. Sin el anestésico externo, la vida no se soporta. El individuo concluye que su situación es inmodificable y, en consecuencia, busca alterar “el estado de ánimo, los sentimientos, las percepciones” hasta lograr, sin sufrimiento inmediato, acomodarse en forma circunstancial a la realidad y sentirla placentera.

Dentro del marco legal que atiende la problemática, se encuentra la Ley 26.657 de Salud Mental, la cual establece en algunos de sus artículos importantes lineamientos tales como la obligación de abordar la problemática de las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental. A su vez, establece que las personas con uso problemático de drogas, poseen todos los derechos y garantías que se establecen en la mencionada ley en su relación con los servicios de salud.

Decreta también que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados, incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras di

sciplinas o campos pertinentes.

## **2.3 Musicoterapia Social**

Para poder adentrarnos en el concepto de Musicoterapia Social, primero consideramos conveniente desarrollar nuestra perspectiva sobre la Salud Comunitaria.

### **2.3.1 Salud Comunitaria**

Comenzaremos por definir el concepto de “salud”, luego avanzaremos con el concepto de “comunidad” para llegar finalmente al concepto de “salud comunitaria”.

En primer lugar, la salud, según la describe la Organización Mundial de la Salud (1946) es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

A su vez, desde esta investigación, como menciona Demukra (2007, p.1) consideramos que la salud “es el resultado de la interacción recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes. Se vuelve entonces imprescindible para la protección y promoción de la salud, la tarea de fomentar los vínculos y la interacción.”

Saforcada (1996), plantea que debe desarrollarse una definición operativa de salud, pero no tomando indicadores de enfermedad (como las tasas de morbilidad, mortalidad, etc). El autor sostiene que se necesita una teoría de la salud. Tal teoría debe incluir la idea que la salud no es sólo una responsabilidad individual sino de toda la sociedad, siendo los derechos humanos el fundamento ético de una concepción de este tipo.

En segundo lugar, según la OMS (1990) una comunidad es “un grupo de personas asociadas con el objeto de llevar una vida en común, basada en una permanente ayuda mutua. El grado de vida común y de ayuda mutua varía ampliamente según la comunidad.”

Podemos entender entonces, que la salud comunitaria incluye una concepción social de la salud. Como menciona Saforcada (2012, p.2) “el derecho humano primordial, en términos racionales, es el derecho a estar sano”. También considera que, “la salud comunitaria implica un conjunto de concepciones y prácticas que provienen del trabajo conjunto de comunidades y profesionales, en el que el componente principal es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador o participante, entendiendo la participación como el tomar parte en las decisiones de las que la comunidad se ha apropiado incrementando así su empoderamiento sociopolítico”. (2015, p.39)

Ilustrando aún más este concepto, P. Pellizari define la salud comunitaria como “un movimiento comprometido con la transformación social de la salud, que presenta ricas

posibilidades de articulación con paradigmas científicos capaces de aproximarse al objeto salud-enfermedad-cuidado con respecto de su historicidad y su complejidad” (2011, p.17). Morales Calatayud dice que “la salud comunitaria puede considerarse como un proceso de producción, mantenimiento, fortalecimiento, enriquecimiento, recuperación y gestión de la salud y la totalidad de sus determinantes, en sus múltiples contextos y expresiones, prestando particular atención al papel de las comunidades como gestoras y a sus miembros como decisores y actores protagónicos de ese proceso” (2015, p. 46).

### **2.3.2 Características de la Musicoterapia Social.**

Esta investigación se basa en una musicoterapia desde los nuevos aportes de los enfoques sociales, que toma la promoción de la salud poniendo su foco en la expansión del campo de lo sano mediante diferentes técnicas e intervenciones musicales. “Musicoterapia orientada en Salud Comunitaria como una forma de establecer nuevas relaciones entre la música, la salud, la comunidad y la intervención de el/la Musicoterapeuta, desde una perspectiva integral, holística e integradora del proceso de salud.” (Isla; Demkura; Abramovici & Alfonso, 2016 p. 67)

Como plantea Even Ruud (2002), consideramos que es necesario tener en cuenta los aspectos sociales de la salud y desarrollar una Musicoterapia no sólo centrada en lo individual sino en el contexto. Desde este enfoque, el o la musicoterapeuta se inserta como agente externo en una comunidad. Su función es facilitar procesos de fortalecimiento y autogestión.

Conceptualizamos a la Musicoterapia Social como un hacer musical reflexivo, aquel que “puede ser una herramienta apropiada para la identificación conjunta de necesidades y problemáticas de una comunidad y el consecuente desarrollo de posibilidades de transformación” (Demkura et al., 2007, p. 4). Tiene entonces, por objeto, transformar la realidad de una comunidad. El énfasis estará puesto “en la aplicación del método participativo, activo y generativo como vía para lograr transformaciones producidas con la comunidad, desde la comunidad, para la comunidad y por la comunidad” (Montero, 2006).

Según M. Gabriela Siccardi (2004), la musicoterapia comunitaria reconoce el aspecto sonoro como forma de analizar e intervenir a nivel social, en consecuencia parte desde la escucha de las necesidades y deseos de la comunidad buscando colaborar en los procesos de:

- Participación.
- Organización.