



Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Licenciatura en Musicoterapia

Trabajo Final:

“De recorridos y tiempos”

*Sobre los posibles aportes de la musicoterapia en
contextos de intervenciones breves*

Ponente de Trabajo Final:

Micol Schvabauer

Tutora de Trabajo Final:

Valentina Aranda

Título a Obtener:

Licenciatura en Musicoterapia

Rosario, Santa Fe, Argentina

2024

Resumen

En el presente trabajo final integrador se propone investigar, mediante la modalidad estudio de caso, los posibles aportes de un Taller de Musicoterapia brindado en contexto de internaciones breves. Esta investigación deviene del transitar y llevar a cabo una práctica pre-profesional en la “Clínica Residencial Mendoza”, en el marco de la asignatura “Musicoterapia en Adultos” de la Lic. en Musicoterapia, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2022.

A modo de aproximarnos a la comprensión de la temática a abordar, se compone un recorrido analítico que logre dimensionar la complejidad que se pone en juego al momento de pensar en espacios musicoterapéuticos en contextos de internación breve con adultos/as en salud mental; considerando el actual contexto político y legal (Ley de Salud Mental), y situando la institución específica donde se llevó a cabo la práctica. Se dará cuenta de un posible posicionamiento musicoterapéutico; y por último se tomarán viñetas clínicas que territorialicen las limitaciones y potencias de la práctica musicoterapéutica en el marco de internaciones breves.

Palabras clave: musicoterapia, salud mental, internaciones breves, perspectiva de derechos.

ÍNDICE

Capítulo I: Presentación.....	4
Introducción.....	4
Justificación.....	5
Planteo del problema.....	7
Objetivos.....	9
Capítulo II: Abordaje metodológico.....	10
Consideraciones metodológicas.....	10
Metodología de análisis.....	12
Capítulo III: Encuadre.....	15
1. Contextual.....	15
1.a. Contexto político.....	15
1.b. Contexto político-legal: Ley de Salud Mental.....	20
1.c. Contexto institucional: Clínica Residencial Mendoza.....	22
2. Conceptual.....	26
2.a. Sujeto.....	27
2.b. Arte.....	28
2.c. Musicoterapia.....	30
2.d. Improvisación Libre.....	32
Capítulo IV: Vivencias.....	35
Taller de Musicoterapia.....	36
Viñetas.....	38
Entretejido.....	43
Capítulo V: Consideraciones finales.....	50
Agradecimientos.....	53
Bibliografía.....	54

—Creo que podrían emplear mejor el tiempo — dijo Alicia —, y no perderlo en acertijos sin solución.

—Si conocieras al tiempo como yo —dijo el sombrero—, no hablarías de emplearlo o perderlo. Él es muy suyo.

—No entiendo lo que quiere decir — dijo Alicia.

—¡Por supuesto que no!— dijo el sombrero, sacudiendo altivamente la cabeza—. ¡Me atrevería a decir que ni siquiera le has dirigido la palabra!

—Tal vez no —repuso con prudencia Alicia—, pero en las clases de música me enseñaban a marcar el tiempo.

—¡Ah! ¡Eso explica todo! —dijo el Sombrero—. El Tiempo no soporta que lo marquen ni que lo clasifiquen. En cambio, si estuvieras con él en buenos tratos, haría casi todo lo que tú quisieras con el reloj. Por ejemplo, imagínate que fueran las ocho de la mañana, justo antes de empezar la clase: bastaría una simple insinuación tuya, ¡y el reloj giraría en un santiamén! ¡La una y media: hora de comer!

(«¡Ojalá fuera verdad!», murmuró la Liebre de Marzo para sus adentros)

—Sería realmente magnífico —dijo pensativamente Alicia—, pero entonces no tendría hambre.

—Al principio tal vez no —dijo el sombrero—, pero podría quedarte en la una y media tanto como quisieras.

(Alicia en el país de las maravillas. Lewis Carrol. Página 84)

Capítulo I: Presentación

Introducción

En el presente trabajo final integrador me propongo investigar mediante la modalidad Estudio de Caso, cuáles son los posibles aportes de la Musicoterapia con adultos/as en el campo de la Salud Mental, en contextos de internación breve.

El interés de dicha temática a abordar deviene del recorrido de las prácticas pre-profesionales realizadas a mediados del año 2022, en co-coordinación con una compañera de cursado de la carrera de Musicoterapia, y la musicoterapeuta a cargo del taller brindado en la “Clínica Residencial Mendoza”.

La Clínica Residencial Mendoza (a partir de ahora C.R.M) era una clínica privada monovalente de internación en Salud Mental para adultos/as, ubicada en la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe. Las internaciones eran de breve duración, tal como lo plantea la Ley de Salud Mental 26.657, en el artículo 15. En dicha institución, una internación tenía un promedio de entre quince y veinte días; es decir dos o tres semanas.

El Taller de Musicoterapia era brindado una vez por semana y tenía una duración aproximada de dos horas, por lo tanto, era habitual que dicho taller esté conformado por diferentes sujetos residentes en cada encuentro, en el *cada vez*.

Frente al funcionamiento de la institución (registrado en el proceso de prácticas), y al contexto legal actual que enmarca a las instituciones de salud mental, comienzan a tejerse preguntas sobre las posibilidades y limitaciones de la práctica musicoterapéutica en contextos de internaciones breves.

Justificación

En este escrito, tomando las prácticas pre-profesionales realizadas en la Clínica Residencial Mendoza, se pretende indagar sobre los aportes de la Musicoterapia en contextos de internaciones breves. La temática a investigar está inmersa en un tejido de constituyentes que se van conformando, articulando y componiendo entre sí. Morin plantea en Introducción al Pensamiento Complejo: “A primera vista la complejidad es un *tejido* (complexus: lo que está tejido en conjunto) de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados: presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple”. (Morin, 1994, p 32).

Reconociendo la complejidad del campo a investigar, relevo al Sistema Nacional de Salud Argentino, el Campo de Salud Mental y la Ley de Salud Mental 26.657, como constituyentes del contexto político y legal que atraviesa a la C.R.M y por ende, al Taller de Musicoterapia que allí es brindado; siendo este último el foco de interés.

Considerando lo propuesto por Spinelli (2010) en “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina” y lo desarrollado en el “Documento de Trabajo Anteproyecto Plan Provincial de Salud Mental: Habitar, socializar y trabajar” (2021), comprendo que el sistema de salud Argentino, el campo de Salud Mental, las instituciones, los servicios y sus respectivos trabajadores, poseen escasas condiciones de posibilidad para el funcionamiento de ciertas modalidades y cuestiones planteadas en la ley; particularmente, sobre las internaciones.

A pesar de que la Ley de Salud Mental fue sancionada y promulgada hace aproximadamente quince años, su reglamentación no ha sido completamente eficiente y algunos de sus aspectos importantes, como la internación breve, no se han implementado. Si bien dicha ley establece una red de contención ideal para la mencionada modalidad de internación, ésta no garantiza que el Sistema de Salud tenga adecuadas las condiciones para

su plena implementación; de hecho, hay carencias de servicios, escasez de dispositivos sustitutivos e insuficiente contención.

En este entramado complejo, acudiendo a la C.R.M. como tallerista una vez por semana, diviso allí, residentes reincidiendo en sus tratamientos, que asisten solo una vez al taller de musicoterapia, y mostrando dificultades en la construcción de vínculos entre ellos/as.

Ante este panorama comienzo a plantearme sobre los desafíos y las potencias que conlleva la práctica musicoterapéutica en contextos de internación breve; donde los grupos son cambiantes, y donde hay nuevos/as residentes en el *cada vez*¹. Un trabajo caracterizado por la tensión de los *tiempos*; en una institución donde existen diferencias entre las modalidades de abordaje dentro del equipo de trabajo. Una práctica donde comenzaron a emerger contradicciones y preguntas sobre las facultades y carencias del sistema de salud, y sobre la funcionalidad y aplicación de la Ley de Salud Mental, particularmente, en relación a la modalidad de internación breve. En pocas palabras, un trabajo donde el pasaje de los/as residentes es cronológicamente fugaz y las problemáticas contextuales complejas.

Concluyo este apartado mencionando que creo relevante formalizar en base a mi experiencia y con una perspectiva desde la musicoterapia, sobre las posibilidades y limitaciones de la misma en los marcos de internaciones breves; siendo esto una forma de repensar la clínica, teniendo en cuenta la actual realidad contextual política y legal.

¹Tomando como condición de producción lo planteado por Heidegger, M. en “El ser y el tiempo” (1993), comprendemos al “cada vez” como la experiencia única y singular que tenemos en cada momento presente; reconociendo que la experiencia del tiempo está inmersa en un flujo temporal dinámico y siempre cambiante; implica *ese* espacio-tiempo. Se focaliza en el presente y se reconoce la singularidad de cada momento de la existencia.

Planteo del problema

El problema que se pretende investigar son los posibles aportes de la práctica musicoterapéutica realizada con adultos/as en el tránsito por internaciones breves, en una institución de Salud Mental. Si bien en un primer momento la formalización de la problemática resultó intrincada, pude ir reconociendo planos que posibilitaron hilar la información compilada, delineando así su ubicación, sin dejar de lado la complejidad. Por lo tanto, esta problemática es entendida como una red en la que existen múltiples interrelaciones que se dan en diferentes planos; donde los hilos del tejido se van componiendo *circularmente*².

Teniendo eso en cuenta, comenzamos situando al sistema de salud y la Ley de Salud Mental como el marco en el que se desenvuelve la C.R.M., reconociendo que hay condicionamientos desde marcos contextuales/generales hacia aquello particular, es decir, hacia el Taller de Musicoterapia y al tránsito de los/as residentes por éste. Observamos ésto en premisas que a lo largo del escrito serán profundizadas; las cuales son:

Según la Ley de Salud Mental, las internaciones deben ser “lo más breve posible” (art. 15). La C.R.M opera desde esa modalidad, y esto incide en el pasaje de los/as residentes por la institución y por el Taller de Musicoterapia. Estos pasajes son temporales, fugaces, breves, casi esporádicos; habiendo nuevos/as residentes en el *cada vez*; incidiendo en la construcción de los vínculos.

Por su parte, según el Documento de Trabajo Anteproyecto Plan Provincial de Salud Mental: “Habitar, socializar y trabajar” (2021), no se han adecuado o dedicado espacios asistenciales con las condiciones necesarias para el acompañamiento de internaciones de salud mental, y no todos cuentan con los recursos y la capacitación necesaria. En la C.R.M, era frecuente que los/as residentes tengan previos tránsitos de internación en otras

² Ver “Capítulo II: Metodología de análisis”.

instituciones, dando cuenta de la escasas condiciones para sus acompañamientos. Además, era usual la reincidencia de tratamientos e internaciones en dicha institución.

Según la Ley de Salud Mental, “debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario” (art. 8). En la C.R.M, la modalidad de trabajo e intercambio entre disciplinas era multidisciplinar³; esto dificultaba el intercambio de lecturas complejas entre trabajadores, por lo que eran escasas las construcciones realizadas a modo de abordar integralmente o en conjunto, las problemáticas de los/as residentes. Estas discrepancias éticas y de posicionamientos, incidían en las formas de construir intervenciones y estrategias al interior del Taller de Musicoterapia.

Hasta el momento mencioné las escasas condiciones del sistema de salud para el acompañamiento en las internaciones en Salud Mental, y el seguimiento de los/as post egreso de la institución; la falta de un abordaje interdisciplinario y de intercambio entre trabajadores; y la brevedad del tránsito de los/as residentes por la C.R.M, y el Taller de Musicoterapia. Estas cuestiones conforman las limitaciones contextuales y condiciones de posibilidad que componen y complejizan nuestra problemática.

En este marco particular, el Taller de Musicoterapia aparecía como novedoso ante las lógicas contextuales al estar encuadrado en una modalidad grupal, con propuestas sonoras y corporales, al trabajar desde la potencia y al abrir a otras posibilidades. Por su parte, aquellos residentes que transitaron en algún momento por la C.R.M., compartían relatos de vivencias del pasaje por el Taller de Musicoterapia con vestigios de haber sido significativas. Sospecho entonces que allí residía cierta potencia a pesar de los condicionamientos que lo atravesaban.

Aunque comprendo la problemática como una red compuesta por una multiplicidad de planos que se interrelacionan, a modo de recorte, identifico y nombro tres planos⁴: Plano

³ Ver “1.C Contexto institucional: Clínica Residencial Mendoza”, apartado “Sobre las formas de trabajo institucionales”

⁴ Ver “Capítulo II: Metodología de Análisis”.

Contextual, Plano Conceptual y Plano Vivencial; los cuales permiten enmarcar el planteo del problema y el desarrollo del presente escrito.

Para indagar en profundidad sobre dicha temática, planteo como horizonte del trabajo final integrador el siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles fueron los posibles aportes del Taller de Musicoterapia realizado con adultos/as, en contexto de internaciones breves, en la Clínica Residencial Mendoza?

Objetivos

Objetivo general:

- Indagar los posibles aportes de la práctica musicoterapéutica al interior del Taller de Musicoterapia brindado en la Clínica Residencial Mendoza, para los/as residentes adultos/as que transitan por internaciones breves.

Objetivos específicos:

- Describir y analizar el funcionamiento de las internaciones breves al interior de la institución Clínica Residencial Mendoza.
- Describir y analizar el funcionamiento del Taller de Musicoterapia brindado al interior de la Clínica Residencial Mendoza, para los/as residentes que transitan por internaciones breves.
- Realizar un meta-análisis a modo de identificar las tensiones y posibilidades que se despliegan en el taller de musicoterapia y el tiempo cronológico breve.

Capítulo II: Abordaje metodológico

Consideraciones metodológicas

La modalidad seleccionada para este trabajo de investigación es estudio de caso y su objeto a abordar son los posibles aportes de un Taller de Musicoterapia realizado en contexto de internaciones breves. Para esto, tomaré como referente empírico las prácticas pre-profesionales realizadas en la C.R.M en el año 2022.

Desde la observación participante fui recolectando datos. Achilli en “Investigar en Antropología social”, cita a Guber y dice: “la observación participante permite recordar, en todo momento, que se participa para observar y que se observa para participar, es decir, involucramiento e investigación no son opuestos sino parte de un mismo proceso de conocimiento” (p. 68).

A partir de dicha observación participante, a lo largo de las prácticas, comencé a preguntarme: “¿quienes asistirán al Taller de Musicoterapia esta semana?”, “¿quiénes seguirán internados en la Clínica?”, “¿habrá alguien que haya participado previamente en el Taller?”, “¿habrá alguien que haya asistido la semana anterior?”. El trabajo con la incertidumbre, el encuentro con la pregunta de quiénes participarían, quiénes estarían, cuántas personas nuevas habrían ingresado en la semana o quiénes habían egresado, hacían relieve. Este relieve, junto al contexto de internaciones breves, posibilitó pensar en estrategias de abordaje y armado de Taller de Musicoterapia; siendo esto también, constituyente del abordaje metodológico.

Los vínculos (residentes-coordinadoras) que se construían en cada encuentro y que comenzaban a gestarse ese día de taller, eran esporádicos, encuentros fugaces. Tanto residentes como coordinadoras, reconocíamos ese vínculo como breve, probablemente insostenible en el tiempo. Prestarnos al vínculo esporádico, al encuentro fugaz con el/la

residente, a la incertidumbre del comienzo de construcción de un vínculo con el otro, era parte de la práctica pre-profesional; por esto, el trabajo de investigación y el abordaje metodológico, han sido delineados de esta forma en particular.

Como plantea Achilli (2005), dichas cuestiones fueron posibilitando el abordaje procesual de la problemática, de tal manera que el conocimiento se fue componiendo y transformando a medida que transitaba las prácticas y en la formalización del presente trabajo de investigación.

Otra de las estrategias metodológicas que utilicé, fueron los registros de campo en donde di cuenta de todo aquello que haya podido ser observado, teniendo la mayor coherencia entre lo sucedido y lo escrito. Parafraseando lo planteado por Achilli (2005), fui registrando impresiones, percepciones e interpretaciones como investigadora. Asimismo, como refuerzo, analicé los registros de audios de los encuentros.

Además, realicé entrevistas de carácter semiestructurado a la musicoterapeuta que nos acompañó en el transcurso de las prácticas pre-profesionales en la C.R.M. Estas entrevistas se realizaron a modo de acceder a cuestiones específicas en relación al modo de funcionamiento institucional y del Taller de Musicoterapia, para seguir complejizando sobre la problemática a abordar.

Por último, el análisis de los datos se fue construyendo de manera procesual, descriptiva y flexible de toda posibilidad de entrecruzamiento con las diversas partes que conforman este trabajo de investigación, a modo de posibilitar la percepción de las complejidades que conforman el estudio de caso.

La idea de proceso (...) con ello queremos destacar la movilidad/transformación que va surcando, desde distintos puntos de vista, esta práctica que supone la aventura de la investigación. Transformaciones de los conocimientos que se van construyendo -cada vez con mayor profundidad- y, de hecho, modificaciones que también nos

transforman como sujetos investigadores y como sujetos sociales en general. (Achilli, 2005, p.57)

Metodología de análisis

En esta línea se dará cuenta de la *forma* en tanto organización, que este Trabajo Final Integrador encontró en el devenir del mismo.

El proceso es circular: pasa de la separación a la unión, de la unión a la separación y, más allá, del análisis a la síntesis, de la síntesis al análisis. Dicho de otro modo, el conocimiento implica al mismo tiempo separación y unión, análisis y síntesis. (Morin, 2002, Pág. 11).

En la presente investigación, el **territorio** a analizar es el Taller de Musicoterapia brindado en la Clínica Residencial Mendoza durante el período de las prácticas pre-profesionales. Maldonado (2015), en su trabajo final concibe al **Territorio** como “(..) espacio en el que se producen los movimientos del pensamiento. Soporte formal que configura el sentido y posibilita el acontecimiento.” (p.15).

A modo de **Mapear** dicho **Territorio**, trazamos **Planos** que nos posibilitan observar los hilos que lo tejen; aquello que lo atraviesa y constituye. El **Mapa** es un recorte metodológico realizado por la analista sobre aquello que considera relevante sobre el **Territorio**; esto posibilita recorrerlo en varios sentidos; tal como plantean Deleuze y Guattari (1980) en “Mil Mesetas, Capitalismo y Esquizofrenia”: el mapa es abierto y tiene múltiples entradas. Por su parte, los **Planos** atraviesan el **Mapa**; responden al “desde dónde” se observa lo que se observa; es la superficie a partir de la cual trazamos y relevamos. Los planos se van tejiendo y articulando, y nos acercan a la comprensión de la problemática y temática a

abordar. Esta metodología nos permite arribar a las particularidades sin dejar de lado la forma en que se produce; lógica compleja; proceso circular.

Por lo tanto, para el desarrollo de esta investigación, los planos que distinguimos son:

Plano Contextual, donde observamos desde *generalidades*. Situamos aquí el encuadre⁵, una breve contextualización de aspectos políticos, legales e institucionales. Focalizamos en el Sistema de Salud Argentino, el campo de Salud Mental y la Ley 26.567, como partes fundamentales del contexto político y legal. Seguidamente delineamos el marco institucional, es decir, la C.R.M., su organización, sus formas de operar y algunas posibles lecturas de la incidencia del contexto político-legal en ella.

Por su parte, en el ***Plano Conceptual***, observamos desde *especificidades*. Aquí se vislumbra nuestro posicionamiento teórico, y sostén conceptual: la Musicoterapia, el Arte, la Improvisación Libre y el Sujeto. Considerando que las conceptualizaciones hacen a nuestro posicionamiento y, en los dos sentidos a la vez, nuestro posicionamiento hace a las construcciones de los conceptos.

Por último, el ***Plano Vivencial***, donde observamos desde las *particularidades* de la experiencia de práctica pre-profesional, enfocando en aquello que posibilitó esta investigación, es decir, el Taller de Musicoterapia brindado en la C.R.M. A su vez, al interior de este **plano** distinguimos tres **niveles**⁶, los cuales serán desarrollados en profundidad en “Capítulo V: Vivencias”. Éstos son:

En el **Primer nivel** abordamos aspectos generales del Taller de Musicoterapia, describiendo información relevante del mismo;

en el **Segundo nivel** se describirán fenomenológicamente Viñetas, las cuales son recortes relevantes emergentes al interior del Taller de Musicoterapia;

⁵ Tomamos lo planteado por Pettinari (2019) en su Trabajo Final Integrador y consideramos al *Encuadre* como el “bordear” algo, los límites de alguna cosa. Langan (2005) agrega que éste tiene una doble función: marcar el terreno de lo posible, dar permiso, contener y marcar el terreno de lo prohibido, restringir, limitar.

⁶ Es pensado desde la concepción de niveles o tipo lógico de Bateson (2002), en su texto “*Espíritu y Naturaleza*”.

y por último, en el **Tercer nivel** se vislumbra un entretejido con posibles análisis, construcciones de sentido y articulaciones teóricas con aquello planteado en los **planos** anteriores.

En otras palabras, a partir de ahora, el recorrido que realizará el/la lector será desde aquello considerado ***Contextual*** (*generalidades*), pasando por lo ***Conceptual*** (*especificidad*) hasta arribar a lo ***Vivencial*** (*particularidades*); y luego de ir en este sentido, se retorna desde la potencia e incidencia de lo ***Vivencial*** hacia/en los otros planos. Asimismo, en cada plano se vislumbra la incidencia y articulación de los otros; va siendo un proceso dinámico.

Capítulo III: Encuadre

1. Contextual

Como mencionamos previamente, en este plano sobre las *generalidades* realizaremos un sintético recorrido por el Sistema de Salud Argentino, el campo de salud mental Provincial y la Ley de Salud Mental 26.657; para seguidamente adentrarnos en la Clínica Residencial Mendoza y realizar una posible lectura de las formas del trabajo y su funcionamiento.

Entendemos que el contexto político, legal e institucional son constituyentes de nuestro territorio a investigar; en definitiva, son hilos del tejido en el que está inmerso el Taller de Musicoterapia.

1.a. Contexto político

Sistema Nacional de Salud Argentino

Comenzamos este recorrido mencionando que, Tobar en “Herramientas para el análisis del sector salud” (2001) desarrolla que el **Sistema de Salud** engloba la totalidad de acciones y funciones que la sociedad y el Estado desarrollan y desempeñan en materia de salud. Este sistema va más allá de la atención médica, ya que implica el conjunto de actores/actrices y sus respectivas acciones. Los actores son tres: la población (usuarios/as), los proveedores de servicios, y los intermediarios; teniendo cada cual su función específica. Todo Sistema de Salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes: lo político (es decir, la gestión; tiene que ver con las prioridades del sistema), lo económico (la financiación) y lo técnico (la atención; siendo ésta la dimensión específica del sector salud).

En “Breve historia del sistema argentino de salud” (Tobar, 2012), se presentan categorías analíticas que dan cuenta de la dinámica evolutiva de la organización de los servicios médicos y se hipotetiza sobre las dinámicas que fueron organizando los servicios de

salud en Argentina. Se distinguen, a lo largo de la historia, diversas etapas en el Sistema Argentino de Salud, de acuerdo a los cambios del papel del Estado en cada momento. En estas etapas se pueden observar avances y retrocesos hacia un sistema integrado; siendo la complejidad y la fragmentación sus rasgos más marcados. Esto incide en la existencia actual de desigualdades entre las provincias, los municipios y al interior de éstos.

Podemos identificar el Sistema de Salud cuando observamos las relaciones recíprocas entre los actores (previamente mencionados). Es decir, los sistemas pueden producir subsistemas, los cuales varían según sus componentes y las asunciones de los roles de cada actor. Tobar (2012) distingue aquí el subsistema público, el subsistema privado y el subsistema de seguros sociales.

Spinelli (2010) también sostiene que el **Sistema Nacional de Salud Argentino** está subdividido en tres sectores. El subsector público es financiado con rentas nacionales, provinciales o municipales; el de las obras sociales o prepagas es sustentado con/por aportes obligatorios de los/as trabajadores/as y empleadores, y el privado con cuotas que pagan los clientes de la medicina prepaga y “gastos de bolsillo” de las personas.

Desarrollaremos sobre el sector privado y el de las obras sociales, ya que la institución soporte de la temática a abordar, es decir, la Clínica Residencial Mendoza, era privada, y la mayoría de los/as residentes estaban cubiertos por sus respectivas obras sociales.

Estos subsectores poseen ciertas particularidades. Por un lado, en el subsector privado, la atención médica se financia con el dinero de los clientes, lo que limita su accesibilidad al depender de los recursos económicos. Aunque este subsector está compuesto por una amplia gama de proveedores, abarca al menor porcentaje de la población y suele tener un enfoque centrado en la “rentabilidad” y la “eficacia”.

Por su parte, el subsector de obras sociales está constituido por entidades de salud que ofrecen cobertura médica a los/as trabajadores/as registrados/as. Es muy diverso en términos

de gestiones (sindicatos, organizaciones empresariales, entre otros), así como en la variedad y calidad de servicios, los cuales dependen de la obra social.

Sospechamos que la C.R.M., al ser una institución privada, tiene una accesibilidad limitada en términos de cantidad de usuarios/as, al estar condicionada por las obras sociales adheridas y/o los recursos e ingresos económicos de cada usuario/a. Asimismo, al contar con respaldos económicos “de bolsillo” y recursos capitales, tiene ciertas comodidades, condiciones edilicias, materiales, diversos espacios, entre otras.

Si bien estos subsectores abonan y son parte del análisis, tomo a Spinelli (2010) para señalar que ese modelo sectorial es una manera simplificada de entender el *campo* de la salud. Por lo tanto, pese a que el concepto de Sistema de Salud expresa la idea de un todo segmentado en tres partes no lo “descartamos/desestimamos”, sino que, a modo de seguir complejizando y profundizando sobre el contexto de la Clínica Residencial Mendoza, consideramos también el concepto de *campo* de salud.

Campo de Salud Mental

Spinelli (2010) en “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”, desarrolla que el **campo** está compuesto por la convergencia de actores, instituciones y diversos contextos políticos, sociales, económicos, culturales, históricos, y marcos legales. Éstos conforman una red de relaciones de recursos, capitales, problemas e intereses.

En el **campo de la salud**, existen cuatro capitales (o bienes) que se ponen en juego: el capital económico, social, cultural y simbólico. Los actores/agentes del mismo, en función de incrementar o adquirir dichos capitales (intereses económicos, prestigio, imponer significaciones), luchan al interior del campo; conformando la estructura y siendo conformados por ella (Spinelli, 2010).

El **campo de la salud en Argentina**, está específicamente caracterizado por la complejidad. Se reconocen ciertas problemáticas en esa red de relaciones; entre ellas, las limitadas capacidades de gestión, los problemas de financiamiento, la persistencia de estructuras administrativas arcaicas que atentan contra aquellos que intentan dar cuenta de otras institucionalidades, la ausencia de actores/agentes que sean capaces de representar y actuar a modo de hacer cumplir y alcanzar las legalidades, entre otras. Estas problemáticas son territorializadas en las instituciones de salud y condicionan tanto los funcionamientos institucionales, como las posibilidades de atención y cuidado.

Considerando la amplitud del campo de salud, nos enfocaremos en el subcampo de la salud mental. Según Stolkiner (2012) el **Campo de Salud Mental** comprende una variedad de prácticas sociales que se agrupan bajo dicha temática; es decir, un conjunto simultáneo de representaciones, saberes y acciones específicas. Un espacio no homogéneo, de contradicciones. Su especificidad se define por el particular constructo social de sentido con respecto a la locura producida en la modernidad, y sus formas institucionales específicas (Stolkiner, 2009).

A modo de seguir recortando el gran tejido del sistema de salud Argentino, focalizo en el **sistema de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe**, contemplando que la C.R.M era una clínica de salud mental ubicada en Rosario. Tomamos el “Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe: Habitar, Socializar y Trabajar”, ya que brinda información en relación al funcionamiento del campo de la salud mental a nivel provincial; mencionando también los antecedentes del sistema de salud provincial, referenciándolo como fragmentado, segmentado y altamente complejo.

Detallan que en la provincia no se han adecuado espacios asistenciales con las condiciones necesarias para el acompañamiento de internaciones de salud mental, y pocos de los existentes cuentan con los recursos y capacitación necesaria. Además, las formas de

trabajo son dispares en los distintos servicios, siendo las zonas con mayor desarrollo económico donde hay más institucionalización de equipos de salud mental pero con un trabajo fragmentado.

El desafío que propone dicho plan es transformar el modelo de atención en salud mental y adicciones hacia la salud integral y comunitaria en **perspectiva de derechos**⁷. Para llevar esto a cabo, destacan la importancia del fortalecimiento de las prácticas interdisciplinarias y de una red de atención sustitutiva a las lógicas y prácticas manicomiales. Mencionan que “(..) ha sido largamente demostrado que el fortalecimiento de formas de cuidado y acompañamiento, se presentan como un recurso estratégico para prevenir la institucionalización de poblaciones con grave padecimiento psíquico (..)”. (Plan Provincial de Salud Mental, 2022, pág. 7).

A modo de contextualizar sobre las **lógicas manicomiales**, tomamos lo planteado por Acosta (2014), quien desarrolla que el manicomio no sólo es comprendido como un espacio físico, sino que se compone de prácticas relacionadas al silenciamiento de lo diferente, a representaciones sociales en torno a la locura y a estados de dominación. Long (2019), en su Trabajo Final Integrador menciona que éstas lógicas operan de diversos modos, es decir, -opera en las relaciones de poder asimétricas al interior de las instituciones de salud mental, produciendo distribuciones desiguales del poder que está ligado a la ciencia hegemónica y sus saberes; -opera en la falta de redes sociales que puedan alojar y contener las problemáticas y las situaciones de padecimiento de los/as usuarios/as; -y opera desde la disciplina, los modos de ser, de entender y de pensar que son adquiridos a través de ésta, homogeneizando y adoctrinando formas; normalizando, individualizando.

Actualmente estamos en una situación donde los modelos de atención coexisten en el campo de salud mental, siendo continuas las tensiones y luchas entre las lógicas

⁷ Para más información sobre “perspectiva de derecho”, leer: *1.b “Contexto político-legal: Ley de Salud Mental”*.

manicomiales y las lógicas desde una perspectiva de derecho. Apuntamos a la transformación del modelo de atención manicomial hacia un modelo basado en la plena implementación de la Ley de Salud Mental; es decir, fundamentado en los procesos vinculados al ejercicio de los derechos, donde el foco esté colocado en los/as residentes, siendo imprescindible su protagonismo.

Después de años de lucha por una implementación digna de la Ley de Salud Mental, están habiendo importantes cambios de la mano de la política derecha de turno. En diciembre del 2023, el gobierno argentino presentó el “Proyecto de Ley de Bases y Puntos de Partida para la Libertad de los Argentinos”, el cual propone varias modificaciones normativas en la LNSM. Los artículos que se presentan en dicho proyecto, modificarían los ejes centrales⁸ de la ley que sostienen un paradigma de desmanicomialización.

Más allá de esta lamentable situación, creo importante, como agentes/actores del campo de la salud, seguir luchando por la implementación de la LNSM (sin las actuales modificaciones) y el ejercicio de los derechos de los/as usuarios/as de salud mental.

1.b. Contexto político-legal: Ley de Salud Mental

La **Ley 26.657** de Salud Mental (a partir de ahora LNSM), fue sancionada y promulgada en 2010, derogando la Ley 22.914 de “Personas con Deficiencias Mentales toxicómanos y Alcohólicos Crónicos”. La LNSM trae consigo un cambio de paradigma, teniendo como objeto “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional (..)” (art 1).

⁸ En el texto “*“Ley Ómnibus”: Observaciones del CELS sobre los artículos que afectan los derechos de las personas con padecimientos mentales (Arts 618 a 625 del Proyecto del Poder Ejecutivo) del CELS.*”; se desarrollan en profundidad las modificaciones de los artículos de la Ley de Salud Mental según lo propuesto en el proyecto de Ley Ómnibus.

Reconoce “la **salud mental** como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos” (art. 3) y explica que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental” (art. 4). Posicionándome desde esta concepción, desplazo el binomio salud-enfermedad y los postulados hegemónicos de salud, entendiendo la salud mental como proceso atravesado por diversas dimensiones.

La LNSM tiene un enfoque de Derechos Humanos ya que reivindica al Sujeto como sujeto de derechos; vela por la escucha de los trabajadores de la salud hacia los/as usuarios/as de los servicios y hacia su mejor calidad de vida, en tanto ellos/as también lo consideren. Se coloca el foco en los sujetos (usuarios/as) y en sus procesos de salud, siendo estos llevados a cabo tanto en internaciones (breves) como en dispositivos sustitutivos, dependiendo de sus/las condiciones.

A lo largo de los doce capítulos de la LNSM, se nombran derechos, garantías, ámbitos de aplicación, la modalidad de abordaje de atención en salud mental, y los derechos que se les reconocen a las personas con padecimiento mental. Hay capítulos donde se especifica sobre el equipo interdisciplinario, las internaciones, las derivaciones, entre otras.

El artículo 6 establece que “los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley”. Asimismo, “debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario” (art. 8). A partir de estos artículos, se propone elaborar estrategias que potencien los procesos de salud, atención y cuidado de los/as usuarios/as de salud mental; apuntando a una clínica ampliada, como plantea Stolkiner (2012), en donde los modos de gestión del trabajo en salud sea desde la horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinariedad.

Por último, para la investigación que nos convoca es relevante mencionar que, la Ley 26.657 reconoce la internación “como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (art. 14), debiendo ser esta internación “lo más breve posible” (art. 15).

Considerando esto y retomando lo planteado en el apartado anterior, considero importante observar la actual forma de operar de las instituciones de salud mental a modo pensar estrategias que sigan promoviendo los derechos de los/as usuarios/as, desde un paradigma de salud colectiva.

La salud colectiva es una posición teórica-práctica desde la cual pensamos la **salud**. “Desde la corriente médico social/salud colectiva, la idea de “derecho a la salud” se comprende en el marco de una integralidad de derechos y una conceptualización procesual de la salud-enfermedad-cuidado.” (Stolkiner, 2012, p.14)

Raffin (2006) señala que los derechos humanos son constructos paradójicos en tanto el mismo contexto de modernidad que los produce no puede cumplir la promesa que ellos constituyen. Es decir, hay contradicciones y tensiones entre las formas en que se desarrollan las condiciones sociales y la posibilidad de cumplimiento de los derechos.

1.c. Contexto institucional: Clínica Residencial Mendoza

La Clínica Residencial Mendoza era una clínica privada monovalente de internación en Salud Mental para adultos/as, que recibía usuarios/as de Rosario y alrededores. Contaba con veintiséis “camas de internación”, de las cuales se ocupaban, generalmente, entre doce y dieciséis, siendo este el promedio de residentes internados en simultáneo.

La población que transitaba por dicha institución estaba constituida por adultos/as, en el rango amplio entre veinte a setenta años y solían asistir tanto mujeres como hombres.

Los/as usuarios/as eran derivados por sus respectivos psiquiatras o por la Red Unitas (red perteneciente a Psicored S.A. que ofrece servicios de asistencia integral en el ámbito de la salud mental), debido a casos de crisis específicos en los cuales se consideraba necesaria la internación. Gran parte de los/as residentes contaba con obras sociales y, en menor porcentaje, había quienes asumían los costos de manera directa.

El ingreso en su mayoría era voluntario, aunque también había ciertos casos de internación involuntaria. Todos los/as residentes tenían diagnósticos psiquiátricos definidos con anterioridad y eran muy variados entre sí; además, había quienes atravesaban situaciones de consumo problemático de sustancias. El período de tiempo de internación era entre quince a veinte días máximo; cumplido ese lapso, el/la residente era dado/a de alta. Había casos excepcionales de residentes que, dependiendo de sus diagnósticos, tratamientos y procesos, permanecían internados/as durante un tiempo más prolongado, sin exceder los dos meses de internación. Siempre que sea posible, teniendo en cuenta las condiciones de posibilidad, los/as residentes podían participar de decisiones sobre sus tratamientos, tal como propone el marco normativo vigente (LNSM - Art. 7-K). Además, tenían la opción de ingresar y retirarse de la institución con previo aviso y solicitud. Asimismo, estaban habilitadas las visitas por parte de personas cercanas a los/as residentes (LNSM Art. 7-E). Era frecuente que los/as residentes hayan transitado por internaciones en la C.R.M. en otros momentos, o por otras instituciones de salud mental.

Sobre las formas de trabajo institucionales

El plantel de trabajadores de la C.R.M. estaba compuesto por tres médicos/as psiquiatras, un psicólogo, dos médicos/as generalistas, una musicoterapeuta y un enfermero. Dentro de la clínica también podía darse el acompañamiento psiquiátrico y psicológico con

profesionales externos que se acercaban a ver a sus pacientes internados o por aquellos que la institución contrataba.

El médico psiquiatra directivo estaba a cargo de la dirección y de la mayoría de las decisiones institucionales. Tanto él como el resto de médicos/as psiquiatras y psicólogos, trabajan con modalidad individual en consultorio; con dos consultas semanales por residente.

Si bien la C.R.M. conforme a lo establecido en el artículo 8 de la LNSM, contaba con un plantel de trabajadores compuesto por diversas disciplinas, ese equipo trabajaba multidisciplinariamente, como lo plantea Stolkiner (1995), donde cada disciplina se ocupaba de su parcela del problema; esto dificultaba el intercambio de lecturas complejas entre trabajadores, por lo que eran escasas las construcciones realizadas a modo de abordar integralmente, o en conjunto, las problemáticas de los/as residentes. En la C.R.M, las reuniones de equipo no eran frecuentes y el intercambio entre trabajadores era a través de la escritura en las historias clínicas de los/as residentes, siendo esto, en muchos casos, escueto.

Tanto en éste, como en otros servicios de salud mental, instituciones, etc., no están las condiciones de posibilidad para un acompañamiento integral en relación a la modalidad de internaciones breves, ni para el pasaje fugaz de los sujetos por esos espacios. Al interior de la institución, existían fragmentaciones en los tratamientos, entendiendo tanto al residente como a sus problemáticas de manera fraccionada. Por su parte, al exterior de la institución, había dificultades en relación a la continuidad de cuidados y el sostenimiento de la atención, y esto redundaba en reingresos abonando al fenómeno de *revolving door*⁹.

Si bien la C.R.M estaba enmarcada en lo desarrollado en la LNSM, es decir, desde una perspectiva de derechos, a su vez y paradójicamente, había ciertos otros niveles del funcionamiento interno que operaban desde ciertos sesgos de lógicas manicomiales. Observo huellas de éstas lógicas en las relaciones asimétricas de poder, siendo en muchos casos el

⁹ Éste término hace referencia a la repetida entrada y salida de usuarios/as de instituciones de salud mental o de atención ambulatoria.

saber médico hegemónico (el psiquiatra), quien tenía el conocimiento, el saber y el “mayor poder de decisión”. Además, el escueto intercambio entre trabajadores no sólo abonaba a tratamientos limitados sino que tendían a la individualización de los/as residentes y sus problemáticas. Por último, recordemos que en la C.R.M. el único espacio grupal era el Taller de Musicoterapia, por lo tanto, la falta de redes que alojen y contengan a los/as residentes al interior de la institución también daba cuenta de sesgos manicomiales.

Ambos modelos de atención coexisten, conviven y se reproducen. Las huellas manicomiales están presentes en todos/as los/as trabajadores de la salud, pero al reconocerlas y cuestionarlas, se abre la posibilidad de operar desde otros lugares; transformando así, las lógicas de trabajo. Su reproducción o transformación pasa, en gran medida, por la *forma de hacer* por parte de los/as trabajadores de la salud. Spinelli (2010) escribe: “Solo hay posibilidades de cambiar las estructuras del campo si los espectadores devienen agentes de su propia historia, pensada por ellos, en sus propios contextos(..)”. (Pág. 281).

2. Conceptual

Como previamente indicamos, la Ley de Salud Mental trae consigo un nuevo paradigma que, de alguna manera, delinea nuevas perspectivas y enfoques conceptuales; incorporando y ampliando ciertos conceptos. Es por esto que, dicha ley será nuestro sostén y parte conformante del *Encuadre Conceptual*.

Deleuze y Guattari (2001) en “¿Qué es la filosofía?”, en el apartado “¿qué es un concepto?”, desarrollan que todo concepto tiene componentes y se define por esos conceptos componentes; se trata de una multiplicidad en la que todo concepto tiene un número finito de componentes que se articulan de ciertas formas, conformando *el concepto*. Los conceptos remiten a otros conceptos, constituyendo una red compleja de interconexiones.

Tomando lo planteado por Gianoni (2002), entendemos que hay articulaciones constantes entre teoría y práctica. En la clínica, la teoría nos permite leer los fenómenos que acontecen, siendo teoría que funciona estéticamente; al mismo tiempo, es en la práctica donde esta teoría se funda, se resignifica y/o construye. Es decir, en la práctica aparece la posibilidad de construir sentido y crear teoría; dando cuenta así de un posicionamiento epistemológico, donde la teoría y la práctica se van tejiendo y construyendo; en los dos sentidos a la vez.

Es por esto que, para investigar sobre los posibles aportes del taller de musicoterapia en contexto de internaciones breves en una institución de salud mental, en este Plano sobre la *especificidad*, es pertinente desarrollar conceptos que fundamenten el posicionamiento de este escrito y de quien escribe. Entre los conceptos claves podemos mencionar: Arte, Musicoterapia, Sujeto Leve, Actores/Actrices e Improvisación Libre. Éstos se van articulando y definiendo entre sí, se componen y son compuestos, en los dos sentidos a la vez. Es teoría que funciona estéticamente ya que nos permite leer los fenómenos que acontecen y es en la práctica donde se muestran.

2.a. Sujeto

La Ley de Salud Mental, en su Artículo 7, dictamina el derecho del sujeto a ser siempre reconocido como sujeto de derecho, y en el Capítulo IV, se detallan todos los derechos de las personas con padecimiento mental. Esto contribuye a nuestra conceptualización de Sujeto, entendiéndolo, en primer instancia, como **Sujeto de derecho**. Este puntapié nos posiciona ética y clínicamente, aludiendo a una perspectiva desmanicomializante.

Considerando que la elección del lenguaje da cuenta de un posicionamiento, como acto político considero a las personas que transitan por espacios clínicos como **sujetos leves** y **actores/actrices**; posición epistemológica, utilizando como condición de producción y soporte, aquello planteado por Gianoni (2002) y Pignalberi (2020).

Pensar al sujeto en su calidad de leve nos posibilita reconocerlo en movimiento, que *va-siendo*. Nos habilita pensar en el devenir, el sujeto en movimiento que, si se detiene en algún punto es porque fue capturado, sujetado; pero esto no transforma su calidad de leve, sino que sólo se detiene o queda alojado por lo que duren en soltarlo o hasta que el mismo se suelta; para luego volver a fluir en la superficie, como menciona Gianoni (2002). Sujetos con potencia de transformación, que transitan procesos de deconstrucción/construcción en el devenir circular de la Forma; donde la materia es sonora, corporal y/o verbal, la forma es la disposición o expresión de la materia, y el sentido es la contextualización de la forma (Gianoni, 2002).

Reconocer al sujeto leve, en devenir, nos posibilita *sospechar* sobre el sujeto; habilitando la interrogación, confrontando el Estado de Cosas. Nos convida pensar en la potencialidad de la actualización; siendo el devenir la instancia que privilegia al sujeto en su calidad de ser en el instante, y le otorga la posibilidad de soportar o renovar el Estado de Cosas (Gianoni, 2002). Sospechar, posibilitando la inauguración del *cada vez*, de aquello que

acontece en ese espacio-tiempo, que se conforma circularmente en el presente, en la actualización del aquí y ahora.

Comprendemos también, que los sujetos están atravesados por entramados discursivos, por el contexto en el que viven, por instituciones, relaciones de poder y normas. Así mismo, los sujetos producen discursos; es decir, el sujeto va produciendo (discursos) y va siendo producido (por discursos); en los dos sentidos a la vez. Al reconocer este devenir contextual discursivo que los atraviesa (con sus respectivas condiciones de posibilidad), es que enfatizamos en la relevancia de observar los discursos contextuales.

Por su parte, tomando a Pignalberi (2020) agregamos que los/as **actores/actrices** son protagonistas del espacio de taller. Allí pueden explorar y poner en juego sus deseos e intereses; apostando a cada vivencia y experiencia que el territorio del arte y la improvisación libre posibilitan. El actor produce, desde la acción, la creación; es actor de hacer, actor político y de derechos; pensado desde sus potencias y posibilidades.

En el Taller de Musicoterapia encuadramos el espacio desde el reconocimiento de los/as actores/actrices como participantes, productores, sujetos de derecho, en devenir, leves. Esta forma de reconocer a los sujetos que transitan por los espacios clínicos trae consigo una novedad para aquello instituido, una forma de resistencia; da cuenta de un posicionamiento. Apuntamos a la potencia del traslado de esta forma de pensar al sujeto a otros espacios.

2.b. Arte

Como he mencionado, el Taller de Musicoterapia en la C.R.M., estaba condicionado por un tiempo cronológico breve; los/as residentes asistían una vez por semana, durante tres semanas como máximo. Durante mis primeros encuentros como practicante coordinadora, focalizaba en la fugacidad del paso de los/as residentes, es decir, en el tiempo cronológico

que “no se tenía”, mostrándose ésto como un limitante, ignorando así la importancia de *ese tiempo*, presente continuo, instante.

Gadamer Hans-Georg (1998) en “La actualidad de lo bello”, menciona dos experiencias fundamentales del **tiempo**. Por un lado, la experiencia del tiempo que se dispone, se divide, del tiempo que se tiene o “no se tiene”, de la experiencia práctica y normal del tiempo. Por otro lado, distingue otra experiencia del tiempo bastante diferente, la del tiempo lleno o propio; tiempo relacionado con “la fiesta”¹⁰, tiempo de la experiencia del **arte**.

“(..) los fenómenos estéticos no transcurren en el tiempo sino que inventan tiempos nuevos, están compuestos, organizados de tiempos” (Fernandez, 2008, p. 35).

Por lo tanto, si entendemos al fenómeno como aquello que se muestra por sí mismo (Heidegger, 1993), y a la estética como la facultad de percibir (Espada, 2016), aquellos fenómenos que surgen en la clínica musicoterapéutica (Fernandez, 2008), o en nuestro caso en el Taller de Musicoterapia, son propios del arte, son estéticos; **fenómenos estéticos**.

Del fenómeno estético relevamos los procesos, los procesos dinámicos. Nos enfocamos en la forma que se va conformando, que se va construyendo/configurando; no se busca “llegar a algún lugar”, se trata del mismo movimiento.

En el Taller de Musicoterapia, al reconocer ese *tiempo lleno* fui vislumbrando la potencia de la vivencia del arte, siendo esa experiencia posibilitadora de construcciones y deconstrucciones; fundante de procesos terapéuticos como plantea Fernandez (2008), en los cuales el sujeto vivencia la aparición de una diferencia que le abre una o varias posibilidades diferentes al padecimiento. Reconociendo el *ser ahí*, al sujeto leve, en devenir, destacando la importancia de ese momento fugaz; y a su vez, recordando con responsabilidad la condición del tiempo breve, del tiempo cronológico, a modo de evitar un hacer descontextualizado; haciendo dialogar ambos *tiempos*.

¹⁰ “Pues bien, me parece que es también característico de la fiesta que por su propia cualidad de tal ofrece tiempo, lo detiene, nos invita a demorarnos. Esto es la celebración.” (Gadamer, Hans-Georg. (1998), La actualidad de lo bello. p. 105).

Aranda (2016) sostiene que los **procesos artísticos** en el ámbito clínico tienen la posibilidad de acarrear procesos de percepción y sensibilidad completamente nuevos. Como posición ética reconozco que en un proceso terapéutico resulta importante un momento de libertad desde el arte, un momento de interacción con un Otro, la mirada y escucha atenta; ya que éstos posibilitan y cooperan en el retorno a la libertad de aquello que ha sido oprimido.

2.c. Musicoterapia

El pensamiento estético es el nombre de una posición desde la cual puede intentarse la comprensión de los fenómenos propios de la clínica musicoterapéutica, utilizando la improvisación libre como paradigma. Más generalmente, una posición desde la que el Arte observa a la Salud: una Epistemología. Y acaso una proposición ética. (Rodríguez Espada, 2016, pág. 32)

Posicionándome desde el **pensamiento estético en musicoterapia**, analizo y comprendo los fenómenos que se presentaron durante la práctica; observando los procesos de Salud desde el Arte, utilizando la improvisación libre como paradigma y como territorio a ser transitado; comprendiendo al *vínculo* como componente esencial del abordaje.

Rodríguez Espada (2016) desarrolla que la subjetividad y la existencia de los sujetos se construye a partir de la relación con otros. En el tejido social que nos conforma y en el cual nos adentramos, se instalan discursos sociales, órdenes vinculares disciplinantes, que van componiendo los procesos identitarios. En el territorio clínico nos encontramos con usuarios de salud mental donde el proceso identitario se ha cristalizado, ha sido conformado bajo órdenes disciplinares inmóviles, inflexibles, lo que genera padecimiento. Es aquí donde el mundo del sujeto está cerrado a alternativas posibles, donde los vínculos han sido contruidos bajo formas muy rigurosas. “Aquí es donde es necesario comprender la intervención clínica en musicoterapia como una práctica productora de libertad” (Rodríguez Espada, 2016, p. 27).

El/la Musicoterapeuta (Mta) transita el territorio de una manera particular, en donde va ampliando la posibilidad de aparición de múltiples formas; circularmente está percibiendo-formalizando, leyendo las configuraciones de los discursos que van apareciendo; y basándose en esa lectura formal, va interviniendo con propuestas, invitaciones, desde lo sonoro, musical, corporal y/o verbal. Esto, a modo de sostener y acompañar un discurso, o integrar discursos individuales al discurso grupal, hacer emerger otros discursos, otras posibilidades o posiciones; propiciando la escucha grupal y la creación colectiva. El/la Mta habilita el espacio para la creación y construcción de nuevas formas de composición de vínculos; y reconociendo y acompañando la capacidad de devenir. La improvisación libre es el territorio donde la forma puede circular; espacio que se recorre y puede ser transformado.

También es parte del quehacer musicoterapéutico el mapeo de los discursos institucionales, es decir, el/la Mta va realizando lecturas de la dimensión institucional que atraviesa el espacio clínico; ya que ese *espacio* es social, vincular y está atravesado y compuesto por diversos discursos.

Entendemos que los discursos institucionales son reproducidos por los/as trabajadores/as de la institución; los agentes del campo de la salud contribuyen a reproducir y/o transformar el hacer institucional, la estructura social. Por eso, posicionada ética y políticamente desde una **perspectiva de derecho**, destaco los artículos ocho, nueve y trece de la Ley de Salud Mental (sólo por nombrar algunos), donde se menciona la promoción y relevancia del equipo y trabajo interdisciplinario. Específicamente el Artículo 15 de dicha ley, enfatiza: “La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. (...)”.

Stolkiner (2005) plantea:

“(.) hablar de interdisciplina significa situarse necesariamente en un paradigma pos positivista. Reconocer una contraseña que agrupa a quienes

adhieren, de diversas maneras, a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas.” (p.5)

Sostenida en dicho marco legal, y agregando lo propuesto por Stolkiner, reconozco que es fundamental el trabajo en red entre trabajadores/as. Éste requiere posicionarse desde un paradigma donde se reconoce la complejidad y se construye desde distintos saberes disciplinarios. Conlleva un trabajo sostenido y constante, en el cual cada trabajador/a, desde su especificidad, se presta al intercambio, cooperación y composición con los/as otros/as.

Por lo tanto, entiendo como parte del trabajo musicoterapéutico, la elaboración de estrategias pensadas colectivamente, considerando el tiempo cronológico breve de internación, colocando el foco los procesos singulares de salud de cada residente. Realizando lecturas complejas; apuntando al acompañamiento de la mejor manera posible.

2.d. Improvisación Libre

A lo largo de la práctica realizada en la C.R.M, observé dos posibles niveles desde donde pensar la Improvisación libre; por un lado como “*territorio material a ser transitado*” (Bennardis, 2002) y a su vez, como mencioné previamente, como *posición y paradigma*.

Posicionarnos desde la improvisación libre, nos posibilita escuchar, analizar y pensar en intervenciones, reconociendo a los sujetos como productores de discursos. Discursos que son configuraciones espacio-temporales de sentido (Verón, 1987) materializados en el sonido, el cuerpo y el movimiento. Desde este paradigma, observamos las formas discursivas en devenir que producen los sujetos, a modo de aperturar a la multiplicidad de formas de ser, estar y habitar. Observamos también las formas de entrelazamientos discursivos, el

entretejido vincular intersubjetivo que se va entrelazando y que deviene construyendo un sujeto colectivo; los fenómenos grupales.

Por su parte, el **territorio** de la improvisación libre es ese espacio material a ser transitado; vivencia estética y fenómeno estético que dicta sus propias leyes, en cuyo interior se configuran redes discursivas que soportan el eterno circular de la materia, como desarrolla Bennardis (2002).

En este territorio se va formando aquello que va sonando; es un espacio donde cada improvisador/a toma elecciones discursivas que van trazando y constituyendo una posición. Fernandez (2008) plantea que la posición es una detención en el devenir, una instantánea que revela dónde se ubica el sujeto en relación a los demás sujetos presentes. Las posiciones que existen son las que se ocupan, por lo tanto, la posición puede ser desocupada: allí está la invitación para “circular en la multiplicidad”.

Rodriguez Espada (2016) plantea que la *fuga* es deriva de un territorio subjetivo disciplinado; su acontecimiento es posible en el espacio clínico, en la improvisación libre, en la Tercera Zona que no es el discurso del musicoterapeuta ni del usuario/a, sino es una tercera persona inmanente al vínculo, que sólo es posible *en ese vínculo*. Entonces, la fuga es deriva *en* el vínculo; el/la musicoterapeuta fuga con el otro, conduce, acompaña y contiene.

Dar lugar entonces, a que el sujeto explore formas discursivas en el territorio de la improvisación libre, e intervenir a modo de aperturar otras nuevas formas de crear, vincularse, expresarse. Como plantea Rodriguez Espada (2016), la improvisación libre es un dispositivo productor de grupalidad, de procesos identitarios, de formas: de vínculo, de concebir al otro, de devenir subjetivo, de suspensión de las disciplinas de fijación del mundo.

En este territorio, se habilita el espacio al sujeto de disolver, interrogar y transformar discursos; allí está la posibilidad de transitar y explorar otras formas posibles. Esta vivencia tiene la potencia de dejar huella para quien la transita. Asimismo, el entretejido discursivo

colectivo construido en el territorio de la improvisación, (en ese espacio de taller), puede resonar en otros espacios; puede tener alguna incidencia.

Capítulo IV: Vivencias

Consideraciones metodológicas sobre el Plano Vivencial

En el presente *Plano vivencial*, ahondaremos sobre el Taller de Musicoterapia brindado en la C.R.M. Para la formalización de esta información, utilizaremos la metodología descrita en el “Capítulo II: Metodología de análisis”. Los tres niveles que distinguimos son:

Un **Primer nivel** donde abordamos aspectos generales del “Taller de Musicoterapia”, describiendo información relevante del mismo, junto con un análisis de la forma que se fue mostrando en cada encuentro;

en el **Segundo nivel** se describirán fenomenológicamente tres “Viñetas”¹¹, las cuales son recortes relevantes emergentes de diversos encuentros del proceso de prácticas pre-profesionales del interior del Taller de Musicoterapia. A modo de contextualizar al lector/a, cada relato/viñeta incluirá una introducción de los/as residentes con datos relevantes extraídos de las historias clínicas o de intercambios de información con otros/as trabajadores/as. Para resguardar la identidad de los/as residentes, asignamos nombres ficticios con una distribución azarosa.

Por último, un **Tercer nivel** donde se realizará un “Entretejido”. Aquí entrelazamos fragmentos de viñetas con la información relevada en los niveles y planos anteriores; planteamos posibles análisis, construcciones de sentidos e hipótesis; entrecruzamos.

Esta metodología nos permite ahondar en la particularidad de la vivencia sin dejar de lado la forma en que se va produciendo; lógica compleja; proceso circular que se va tejiendo y componiendo.

¹¹ Comprendemos el término “viñeta” como en la historieta, para referir a cada uno de los recuadros que delimita un instante del relato y representa una unidad mínima de tiempo-espacio, valiéndose del lenguaje verbal como icónico. En nuestro caso, las viñetas encarnan fragmentos que hemos abstraído de procesos de análisis (..), fruto de investigaciones de larga duración centradas en la práctica de observación participante. (M. Fernández, Álvarez, J. Gaztañaga y J. Quirós, 2017; p. 281).

Taller de Musicoterapia

Durante el período en el que realicé las prácticas pre-profesionales, el taller fue coordinado por una musicoterapeuta, una compañera de la carrera y quien escribe. El mismo era brindado todos los martes a la mañana entre las 9:30hs y las 11hs (aproximadamente). Había una amplia disponibilidad de materiales (instrumentos musicales, parlantes, cancionero, etc) y espacio físico. Por lo general, el taller era realizado en el quincho, ubicado en el patio. Los/as residentes necesitan un permiso de sus médicos/as psiquiatras para salir al patio (el cual es brindado después de los primeros días de internación, una vez que *la medicación es ajustada*). En el caso que un residente exprese interés en participar del taller, pero no tenga el permiso para ir al patio, el taller se lleva a cabo en el comedor (adentro). De todas maneras, estos eran casos excepcionales ya que realizarlo dentro de la institución podría interferir con las sesiones de consultorios externos debido a los “*sonidos ruidosos*” (según algunos/as trabajadores).

Institucionalmente, el Taller de Musicoterapia es novedoso en tanto el abordaje al interior del mismo, es grupal. Asimismo, como mencionamos previamente, debido al contexto de internaciones breves y el permanente movimiento y pasaje de residentes por la institución, el grupo de residentes participantes constantemente iba cambiando.

Si bien el espacio de taller se va construyendo en el *cada vez*, a modo de relieve se fue mostrando y apareciendo una misma forma en cada encuentro, compuesta por tres momentos¹².

Los tres momentos que reconozco como relieve y recorte en cada encuentro de taller, son:

¹² Un momento es un fragmento/parte del fenómeno estético, en donde pueden agregarse, reducirse o modificarse los elementos que lo constituyen; el criterio de distinción de momentos es un cambio en la configuración discursiva. (Concepto construido durante el proceso de formación junto con un grupo de estudio en el marco de la asignatura “Grupos de Improvisación”).

Un **primer momento** caracterizado por el entrecruzamiento discursivo desde lo verbal. Realizamos una presentación de quienes coordinamos, de los/as residentes asistentes participantes y del espacio de taller. Utilizamos estrategias de acercamiento a los/as residentes que ingresaron en la semana, haciendo preguntas sobre sus nombres, edades, intereses, entre otras. También preguntamos sobre participaciones previas en el espacio, o sobre qué les interesaría hacer. A modo de encuadre, cuando presentamos el taller, comentamos que es un espacio para residentes, donde las propuestas son construidas colectivamente, enmarcándolas desde la invitación, la pregunta y el consenso.

En el **segundo momento** se llevan a cabo las propuestas previamente elegidas por el grupo de residentes y la coordinación. Son frecuentes las propuestas corporales, relajaciones, investigaciones sonoras, construcción y/o escucha de canciones, acompañadas con instrumentos musicales; los momentos de baile, los intercambios verbales y la conversación.

En el **tercer momento** se apertura al diálogo. Desde la coordinación invitamos a compartir comentarios, sentires, sobre lo acontecido en el taller, entre otros. Es un momento donde predomina el intercambio verbal. Por último, preguntamos sobre el período de tiempo de internación y sobre la participación y asistencia al próximo encuentro, siendo las respuestas por lo general, desde el desconocimiento e incertidumbre de la duración del tránsito por la institución.

Viñetas

JOAQUÍN Y CHAVELA

Joaquín tiene veintiséis años. No es la primera vez que transita por una internación en una institución de Salud Mental. La musicoterapeuta lo conocía de previas internaciones en la C.R.M. Según la información que obtuvimos, sus reiteradas internaciones son principalmente por la reincidencia en el consumo problemático de sustancias.

Este proceso de internación de Joaquín en la C.R.M. tuvo una duración de un mes; durante ese período asistió a dos encuentros del Taller de Musicoterapia.

Chavela es una mujer de cincuenta y cuatro años. Asistió únicamente al Taller de Musicoterapia en su noveno día de internación en la C.R.M. Su internación tenía una duración de dos semanas. Según la historia clínica, su diagnóstico era “trastorno delirante”.

VINETA

Chavela, mirando a la musicoterapeuta (a partir de ahora: Mta), enuncia entre risas, querer cantar la canción “bombón asesino”; agregando: “« *no me animo a cantarla* »”.

La **Mta** le dice a Chavela: “*Joaquin te ayuda (..) a cantar*”.

Joaquín: “*Te ayudo, le metemos ahora, pero no sé.. cómo es (..)*”.

Joaquín toma la propuesta y comienza a cantar (con baja intensidad) la canción previamente mencionada. Los/as participantes del grupo comienzan a sonar (cantando y tocando instrumentos) con bajas intensidades; se va componiendo una producción discursiva grupal. Se inaugura un momento de improvisación; Chavela se queda en silencio, observando.

Repentinamente, Joaquín hace una pausa para recordar el coro de la canción. Los/as residentes quedan en silencio, mirando a Joaquín, a la espera de algún movimiento.

Entre risas Joaquín retoma el canto (aumentando la intensidad).

Residentes y coordinadoras nos sumamos con instrumentos y voces al canto de “Bombón Asesino” guiado por Joaquín.

La canción continúa (altas intensidades).

Chavela se incorpora sutilmente cantando (baja intensidad): “«*ella es un bombón asesino..*»”.

Joaquín la mira, mira al grupo y grita “¡¡*eeaaaa!*!”. Todos/as intercambian miradas, sonrisas y gestos de festejo.

La improvisación continúa con la participación de todos los sujetos presentes.

Finaliza la canción, residentes y coordinadoras aplauden.

EDUARDO

Eduardo es un hombre de cincuenta y cinco años; casado, con hijos.

Según la historia clínica, su diagnóstico es trastorno depresivo mayor.

Estuvo internado diez días en la C.R.M. En su cuarto día de internación asistió al Taller de Musicoterapia.

VIÑETA

En este encuentro habían siete residentes participando en el Taller de Musicoterapia.

En el primer momento del taller, Eduardo se presenta como “« *viejo guitarrista, amante del folklore* »”. Le es convidada la guitarra acústica, y comienza a tocar una canción mientras el resto lo escucha y observa. Alguien del grupo toma el bombo que estaba en el centro de la ronda y se incorpora al rasgueo de Eduardo; seguidamente, otros/as toman instrumentos y se suman. Se inaugura un momento de improvisación grupal.

Durante el segundo momento del encuentro, Eduardo fue proponiendo diversas canciones, “guiando” al grupo (en palabras de ellos/as).

Luego de cada canción, sostenían en el tiempo una improvisación.

tras concluir un momento de improvisación

Mta: “*no sé si alguien quiere decir algo, comentar algo, preguntar algo... acerca de lo que escuchó, de lo que dijo, de lo que vivenció..*”

Eduardo: “*a mi me parece perfecto esto (moviendo las manos en círculo, apuntando a la ronda de participantes), porque hace que.. a lo último, por ejemplo.. el de los acordes, la guitarra, todo eso, es cómo que casi todos nos integramos.. estábamos todos integrados, eh.. más o menos casi todos fuimos estando de acuerdo, hasta con el ritmo, ¿no?*”

Los/as residentes participantes asienten a ese enunciado.

Silencio...

Dos residentes comparten vivencias y sentires, aportando y afirmando sobre lo mencionado por Eduardo.

sobre el tercer y último momento del encuentro

Mta: *“Bueno.. ¿Alguien sabe si no va a estar el martes que viene?”*

Jorge: *“Yo no sé si estoy”*

Mta (asintiendo): *“Vos no sabés..”*

Catalina: *“Yo tampoco”.*

Eduardo: *“Yo tampoco”.*

Teresa: *“Yo tampoco”.*

Juan: *“En realidad creo que ninguno sabe..”*

Risas

Mta (asintiendo): *“Ninguno sabe..”*

Jorge: *“Ninguno sabe..”*

Mta: *“Bueno”*

Eduardo: *“Solamente el médico”*

Juan: (asintiendo) *“El médico..”*

Eduardo: *“Sí, pero bueno, igual, habría que hacer una propuesta por las dudas, igual.. para quien esté..”*

Mta: (asintiendo) *“Para quien esté..”*

LUCAS

Lucas es un hombre de treinta y tres años. Transitó por reiteradas internaciones en la C.R.M, quedando internado por momentos prolongados por decisión propia. Realiza su tratamiento con un psiquiatra y un psicólogo en consultorio externo. El diagnóstico médico de Lucas es trastorno de personalidad y trastorno por consumo de sustancias.

VIÑETA

Al comienzo de un encuentro de taller de musicoterapia* *todos/as sentados/as en ronda

Mta (mirando a todos/as los/as participantes): “*¿Qué hacemos?*”

Lucas (mirando a Mta): “*¿Podemos escuchar un poco de lo que me gusta a mi?*”

Mta (asintiendo): “*Bueno*”.

Lucas (mirando a Mta): “*¿Se puede?*”

Mta: “*Se puede. ¿Están de acuerdo?*” (mirando a los/as otros/as participantes)

todos/as asienten

Mta (mirando a Lucas): “*¿Vas a cantar?*”

Lucas: “*No.. no sé si..*”.

Mta: “*¿Podemos bailar?*”

Lucas: “*Si quieren bailar, pueden bailar. (...) Voy a poner la lista que tengo*”.

durante el segundo momento se bailó y se improvisó

sobre el final del encuentro

Mta (mirando a Lucas): “*¿El martes te vemos? El martes que viene..*”

Lucas: “*si, si.. yo en realidad de acá me voy, calculo que a otro lugar.. no sé, en realidad no sé.. no sé si quedarme capaz un mes y intentar salir y seguir con mi laburo y mi vida, o.. o irme a alguna.. alguna granja.. pero, si vas a una granja son seis meses, un año.. son muchos meses..*”

Entretejido

Las viñetas, fuentes propias de la práctica y componentes del referente empírico de esta investigación, fueron relatadas a modo de dar cuenta de las potencias y limitaciones del Taller de Musicoterapia. Por lo tanto, en éste último nivel, las entrecruzaremos y articularemos con aquello investigado y planteado hasta el momento; construyendo sentidos e hipótesis.

“Lucas (mirando a Mta): *“¿Podemos escuchar un poco de lo que me gusta a mi?”*

Mta (asintiendo): *“Bueno”*.

Lucas (mirando a Mta): *“¿Se puede?”*

Mta: *“Se puede. ¿Están de acuerdo?”* (mirando a los/as otros/as participantes)

todos/as asienten”

En el Taller de Musicoterapia el foco está colocado en el *sujeto singular* y el *sujeto colectivo*. Es un espacio que habilita el intercambio de intereses, gustos, deseos. Circula la palabra y la pregunta. La coordinación aloja, acompaña y soporta la producción autogestiva de ese sujeto colectivo; posibilitando que ese momento sea capaz de producir y sostener cierta forma de existencia en y de lo colectivo. Se ejercita la construcción de acuerdos grupales sobre las propuestas singulares. El sujeto colectivo posee huellas de las singularidades de los sujetos; y viceversa.

La conversación: interacción productiva; se construye discurso colectivo. Vamos desde el yo y el otro, hacia un *nosotros*. Aquí también es importante el silencio y la escucha atenta, siendo ambos, espacios fundantes y posición de disposición que posibilita la

inauguración y el sostén del intercambio. “La escucha es territorializante en IL porque adjudica al otro la condición de tal (..) hay espacio para el acontecimiento inaugural” (Espada, 2016, pág. 36).

“Repentinamente, Joaquín hace una pausa para recordar el coro de la canción. Los/as residentes quedan en silencio, mirando a Joaquín, esperando algún movimiento.

Entre risas Joaquín retoma el canto (aumentando la intensidad)”.

En la improvisación libre como territorio (en cuyo interior se configuran redes discursivas), cada improvisador/a toma elecciones discursivas que van trazando y constituyendo una posición. Durante ese instante, la posición de Joaquín es de figura¹³. Como plantea Fernandez (2008), la posición es una detención en el devenir, una instantánea que revela dónde se ubica el residente en relación a los demás residentes presentes. Las posiciones que existen son las que se ocupan, por lo tanto, la posición puede ser desocupada: allí está la invitación para “circular en la multiplicidad”; en ese espacio material a ser transitado: la improvisación libre.

“Eduardo: “a mi me parece perfecto esto (moviendo las manos en círculo, apuntando a la ronda de participantes), porque hace que.. a lo último por ejemplo.. el de los acordes, la guitarra, todo eso, es como que casi todos nos integramos.. (...) casi todos fuimos estando de acuerdo, hasta con el ritmo, ¿no?”

Los/as residentes participantes asienten a ese enunciado.

¹³ La textura es el entramado discursivo compuesto en una improvisación. Cuando dos planos se despliegan en ese tejido, aparece la Figura y el Fondo; siendo el Fondo el sostén y contexto de aquello que emerge y destaca, es decir, de la Figura.

Silencio...

Dos residentes comparten vivencias y sentires, aportando y afirmando sobre lo mencionado por Eduardo”.

Entendemos la escucha como posición que posibilita la construcción y el intercambio. Rodríguez Espada (2016) enuncia que “(..) la escucha es un acontecimiento que se produce cuando reconozco en el discurso del otro las huellas que ha dejado mi decir, y cuando el otro reconoce en mi discurso, las huellas que ha dejado su decir”. (Pág. 29).

Sospechamos que Eduardo, desde sus condiciones de reconocimiento, da cuenta de la potencia del territorio de la improvisación libre: “«*A mi me parece perfecto esto*»” “«*Estábamos todos integrados*»”, “«*fuimos estando de acuerdo hasta con el ritmo*»”.

En ese espacio está la invitación a construir vínculos y circular por la multiplicidad; y como Mtas. intervenimos a modo de posibilitar otras formas (de ser, de estar, de vincularse y habitar), en y desde la I.L.

“Chavela, mirando a la musicoterapeuta, enuncia entre risas, querer cantar la canción “bombón asesino”; agregando: “«*no me animo a cantarla* »”.

(..)

Se inaugura un momento de improvisación. Chavela se queda en silencio, observando.

(..)

Chavela se incorpora sutilmente cantando (baja intensidad): “«*ella es un bombón asesino..*»”.”

A modo de sospecha, la Mta., habiendo identificado ciertos rasgos subjetivos de Chavela, decide intervenir a modo de aperturar. Toma como Condición de Producción aquello identificado previamente sobre Joaquín (figura), e interviene, diciéndole a Chavela “«*Joaquín te ayuda (..) a cantar*»”. La principal condición de producción es ese discurso desde el que se fuga, menciona Rodríguez Espada (2016).

Vamos capturando aquello que el fenómeno estético muestra, lo que allí va sucediendo. En ese espacio está la posibilidad de construir materia significativa, que devenga forma de vínculo, y que sea cargada de sentido. Allí acontece la *línea de fuga*, en esa disolución de un formato de sujeto; reforzando, al mismo tiempo, su cualidad de levedad.

Retomando la viñeta de Chavela y Joaquín, podemos observar que Chavela en un primer momento enuncia, desde el discurso verbal, su deseo de cantar una canción. En el segundo momento participa desde la escucha de aquello que acontece; y en un tercer momento, desde su discurso sonoro se incorpora al entretejido discursivo.

Aquello que acontece en el espacio clínico, el tránsito por múltiples formas posibles, tiene la potencia de dejar huella para quien lo transita; pueden proliferar y ampliar alternativas de aquello que se muestra clausurado, reemplazando ciertas modalidades vinculares disciplinadas. Observamos los procesos de salud desde el arte.

Sospechamos también que el movimiento de la forma de Chavela fue posible por la relevancia que colocamos en los procesos artísticos, entendiendo que tienen la posibilidad de habilitar nuevos procesos de percepción y sensibilidad. Reconocemos la potencia del *tiempo lleno*, de fiesta, de la experiencia del arte, siendo ésta fundante de procesos terapéuticos en donde el sujeto vivencia la aparición de una diferencia que le abre una o varias posibilidades.

A su vez reconocemos el tiempo cronológico y consideramos la brevedad del pasaje de los/as residentes por el Taller de Musicoterapia; suscribiendo a la incertidumbre que carga consigo.

“Mta: “«Bueno.. ¿Alguien sabe si no va a estar el martes que viene?»”

Jorge: “Yo no sé si estoy”

(..) Catalina: “Yo tampoco”

Eduardo: “Yo tampoco”

Teresa: “Yo tampoco”

Juan: “« En realidad creo que ninguno sabe..»”

(..)

Mta: (asintiendo) “Ninguno sabe..”

Jorge: “Ninguno sabe..”

(..)

Eduardo: “« Solamente el médico»”

«Solamente el médico» es “quien sabe”, expresan los/as residentes. Enunciación que sigue abonando la hipótesis sobre la posición del psiquiatra al interior de la institución y el abordaje multidisciplinar que mencionamos en capítulos anteriores.

En contextos de internación breve es frecuente la incertidumbre del “no saber” hasta cuando estarán internados/as; expresado desde el propio discurso verbal de los/as residentes. Incertidumbre que se pone en juego en el *cada vez*; donde se muestra la transversalidad del contexto, y los posibles malestares que este conlleva. Aquí destaco la importancia, como musicoterapeutas, de prestarnos a ese *cada vez*, a la construcción de ese vínculo esporádico; acompañar.

A pesar de la incertidumbre, algunos/as residentes muestran disposición a dejar huella en ese espacio. Eduardo dijo “«pero bueno, igual, habría que hacer una propuesta por las dudas, para quien esté..»”. Queda un registro en el espacio del pasaje de ese residente. Deja una huella material significativa. A pesar que los/as residentes van cambiando, las *marcas* que

van quedando y dejando encuentro tras encuentro, van tejiendo la remanencia del Taller de Musicoterapia.

“Mta (mirando a Lucas): *¿El martes te vemos? El martes que viene..*

Lucas: *si, si.. yo en realidad de acá me voy, calculo que a otro lugar.. no sé, en realidad no sé.. no sé si quedarme capaz un mes y intentar salir y seguir con mi laburo y mi vida, o.. o irme a alguna.. alguna granja.. pero, si vas a una granja son seis meses, un año.. son muchos meses..”*

Hipotetizamos sobre esta expresión de Lucas, y decimos que en este caso, el tratamiento y la forma de abordaje del tránsito por su internación breve, no está siendo suficiente. Lucas enuncia que reconoce las insuficiencias de su actual tratamiento y propone otras posibilidades a modo darle cierta (otra) continuidad a su proceso de salud.

Nos remitimos nuevamente a la transversalización de los discursos institucionales y contextuales; volvemos a preguntarnos sobre el sistema de salud mental en la provincia de Santa Fe. Situamos una vez más la problemática contextual, esta vez, visualizada al interior de una viñeta del taller de musicoterapia, en el decir de un usuario. Como mencionamos anteriormente, en el sistema de salud existe una escasez de espacios donde los/as usuarios puedan continuar sus tratamientos; espacios que operen desde un paradigma de derecho.

Reconocemos tanto las limitaciones como las potencias que conlleva la modalidad de internación breve y el pasaje fugaz de los/as residentes por el espacio de Taller de Musicoterapia.

“Finaliza la canción, residentes y coordinadoras aplauden”.

Sospecho que algunas de las potencias de la práctica musicoterapéutica en contextos de internación residen en la apuesta al *tiempo lleno*; en la modalidad de abordaje grupal; el reconocimiento de los sujetos en devenir, como actores y actrices. En el territorio de la improvisación libre como espacio que posibilita la exploración de formas de ser, estar y vincularse. Allí como musicoterapeutas nos prestamos al vínculo esporádico, a la escucha, al acompañamiento; observando los procesos de salud desde el arte.

Capítulo V: Consideraciones finales

A modo de acercarnos a un posible cierre de esta investigación, considero importante relevar algunas ideas generales; hipótesis que entendemos son parte de un proceso inacabado, en continuo movimiento, que pueden ir transformándose.

Replicando la metodología y el recorrido empleado a lo largo del escrito, mencionaremos generalidades, especificidades y particularidades en torno a los posibles aportes de la práctica musicoterapéutica en contextos de internaciones breves; relevando algunas de las potencias y limitaciones investigadas; reconociendo que hay otras que podrían seguir siendo exploradas.

En un primer momento, destaco la importancia de seguir trabajando en prácticas de salud mental abordadas desde un paradigma de derecho, apuntando a la restitución del pleno derecho de los/as usuarios/as de salud mental a una salud digna y de calidad. Subrayando la condición de sujeto de derecho, y del derecho de recibir una atención conforme plantea la Ley de Salud Mental. Es fundamental garantizar el cumplimiento de la ley en los servicios y efectores de salud tanto públicos como privados; priorizando los abordajes interdisciplinarios; reconociendo la salud mental como un proceso; considerando la internación como un recurso terapéutico; entre otras.

Entendiendo que si bien hay ciertas limitaciones y condicionamientos contextuales que no habilitan la plena implementación de la Ley de Salud Mental, desde un posicionamiento ético político, fomento el reconocimiento de dichos condicionamientos a modo de seguir aperturando a múltiples formas de pensar y hacer. Desde nuestro lugar como agentes del campo de la salud mental, tenemos la posibilidad de luchar con aquellos modos de funcionamiento arraigados en lógicas manicomiales.

Desde esta perspectiva, resalto también la potencia de los abordajes complejos e interdisciplinarios al interior de las instituciones de salud mental con modalidad de

internaciones breves. Reconociendo las potencias de abordajes donde se construya colectivamente, desde diversas disciplinas y saberes; un trabajo en red sostenido y constante con el foco en los sujetos y en sus singulares procesos de salud.

Asimismo, en contextos de internaciones breves, resulta de suma importancia la modalidad de trabajo grupal. Al interior del Taller de Musicoterapia brindado en la C.R.M, el trabajo grupal habilitó la construcción de vínculos, de intercambios; posibilitó el ensayo de formas de ser, estar y actuar de los sujetos. Priorizamos el territorio de la improvisación libre como dispositivo productor de grupalidad, donde se aperturan las formas de devenir subjetivo y de concebir al otro. Como musicoterapeutas, en estos contextos, resulta enriquecedor propiciar un espacio donde los/as usuarios puedan conversar, conocerse, escucharse; reconociendo que el tránsito por éstas múltiples formas, tienen la posibilidad de dejar huellas, y de resonar en otros espacios.

De igual manera, creo potente considerar el tiempo cronológico y el tiempo propio/lleño, de fiesta. Entendemos que el tiempo cronológico breve es una condición de posibilidad y una condición limitante, en los dos sentidos a la vez. Identificamos ese tiempo fugaz, y apostamos al tiempo de la experiencia del arte como aperturador de procesos terapéuticos para quien lo transita. Sostengo la importancia del reconocimiento/uso estratégico de estos *tiempos* en ámbitos clínicos; siendo *tiempos* en los cuales está la potencia de construir condiciones que habilitan procesos de salud.

La vivencia del arte, los procesos artísticos, son experiencias que tienen la posibilidad de acarrear nuevos procesos de percepción y sensibilidad. Como musicoterapeutas, resulta imprescindible en estos contextos, acompañar y alojar los procesos que transitan los sujetos; cooperando en el retorno a la libertad de aquello que ha sido oprimido.

Por último, a modo de concluir este trabajo final integrador, invito a seguir reflexionando sobre aquello que atraviesa y conforma a la práctica musicoterapéutica en

instituciones de salud mental, a modo de seguir complejizando y develando aristas que hacen a nuestra práctica específica. Convido el seguir indagando sobre los posibles aportes de la musicoterapia en contextos de internaciones breves; transitando *recorridos* y vivenciando *tiempos* que habiliten la interrogación e investigación de temas y problemáticas, a modo de seguir construyendo sobre la práctica musicoterapéutica y sus especificidades.

Agradecimientos

A mi familia, por ser sostén incondicional.

A mis amigas y amigos, por acompañarme en cada proceso.

A les pollités, por los cinco años de recorridos y vivencias compartidas.

A mis compañeras de estudio, por las horas de lectura y mate.

A mi tutora, por cada comentario y tiempo invertido.

A cada docente que habilitó la pregunta.

A las personas que dejaron huella en mí.

A Quien hizo todo esto posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Achilli, E.** (2005). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Argentina. Laborde Editorial.
- Acosta, M.** (2014). *Procesos de asimetría y salud mental: contribuciones acerca de lógicas en tensión*. Prácticas y Discursos. Cuadernos de Ciencias Sociales.
- Aranda, V.** (2016). *Locura, ética y libertad. Buscando revoluciones moleculares en ámbitos manicomiales*. Rosario, Argentina. Universidad Abierta Interamericana.
- Bennardis, M.J.** (2002) *De la Dimensión y la Forma: La Vivencia Estética y un posible Reflejo en el Lenguaje Verbal*. Rosario, Argentina. Universidad Abierta Interamericana.
- Boletín Oficial.** (2010) *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 Derecho a la protección de la salud mental*. Argentina.
- CELS.** (2024). *Ley Ómnibus*. Recuperado de:
https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2024/01/20240115_CELS_LEY-OMNIBUS_observaciones_SALUD-MENTAL-1.pdf
- Deleuze, G. y Guattari, F.** (2001). *¿Qué es la filosofía?* (Thomas Kauf). Barcelona: Anagrama.
- Deleuze, G & Guattari, F.** (2002). *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia*.
- Fernández, I.** (2008). *Conversaciones, tiempos, aperturas*. Tesis de Grado de la Licenciatura en Musicoterapia. Rosario: Universidad Abierta Interamericana.
- Gadamer, Hans-Georg.** *La actualidad de lo bello*. Editorial: Paidós. Buenos Aires, 1998.
- Gianoni, D.** (2002) *De Abismos y Superficies: relato de un encuentro con la pregunta que interroga sobre el Sujeto*. Rosario, Argentina. Universidad Abierta Interamericana.
- Long, M.** (2020). *Musicoterapia y Salud Mental: Análisis de un taller de Musicoterapia en una institución de salud mental de gestión privada de la ciudad de Rosario*. Tesis de grado de la Lic. en Musicoterapia, Universidad Abierta Interamericana.

Morín, E. (1990), *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, Gedisa.

Morin, E. (2002). *La cabeza bien puesta*. Repensar la reforma.

Maldonado, C. (2015). *Discursos y devenires de una práctica. De la posibilidad de construir un posicionamiento que sostenga un hacer en Musicoterapia en Promoción en Salud*. Tesis de grado de la Lic. en Musicoterapia, Universidad Abierta Interamericana.

Plan Provincial de Salud Mental. Recuperado de:

https://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2022/05/PROPUESTA-PLAN-PROVINCIAL-Salud-Mental_Santa-Fe.pdf

Rodríguez Espada, G. (2016) *Pensamiento Estético en Musicoterapia*. Buenos Aires. Editorial Uai.

Stolkiner, A. (2012). *Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría.

Stolkiner, A. (2005). IX Jornadas nacionales de Salud Mental. *I Jornadas provinciales de Psicología Salud Mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy*. Posadas. Misiones. Argentina.

Stolkiner, A. y Garbus, P. (2009). *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. Capítulo “Ética y prácticas en Salud Mental”. Compiladores: Pablo Fridman y Juan Carlos Fantin. Ed.Polemos

Spinelli, H., (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Salud Colectiva, 6(3), 275-293.

Tobar, F. (2001). *Herramientas para el análisis del sector salud*.

Tobar, F. (2012). *Breve historia del sistema argentino de salud*. En: GARAY, O (Coordinador) “Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal”. Buenos Aires. La Editorial La Ley.

Val Pardo, I. (2004). *Organización vertical versus horizontal*. ESIC MARKET.