



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Musicoterapia

Trabajo Final Integrador:

“Musicoterapia y condiciones de posibilidad”

Análisis de la experiencia de práctica pre-profesional en el Hospital

Geriátrico Provincial de Rosario.

Ponente: Julia Deré

Tutora: Malena Rozin

Título a Obtener:

Licenciatura en Musicoterapia

Rosario, Santa Fe, Argentina

2024

Índice:

Resumen:	4
Capítulo I:	6
Justificación:	6
Capítulo II:	8
Planteo del problema:	8
De les Adultes Mayores:.....	8
Del Dispositivo Manicomial:.....	11
Del espacio de Musicoterapia:.....	12
Objetivos:	14
Objetivo General:	14
Objetivos Específicos:	14
Capítulo III:	15
Marco teórico:	15
De les Adultes Mayores:.....	15
Del Dispositivo Manicomial:.....	18
Del espacio de Musicoterapia:.....	21
Capítulo IV:	24
Abordaje Metodológico:	24
De las condiciones de posibilidad:.....	25
De la construcción metodológica:.....	26
Trazado de los mapas:.....	27
Análisis e interpretación del material relevado:	29

Mapa de la Contextualización:.....	29
Historia del Hospital:.....	29
Funcionamiento:.....	31
De las Lecturas:.....	32
Mapa de la Experiencia:.....	33
Introducción al análisis:.....	34
- Dimensión 1: Del Taller de Musicoterapia “Ritmos y Canciones”	35
Nivel de la Materia.....	35
Nivel de la Forma:.....	37
- Dimensión 2: La Peña.....	45
Nivel de la Materia.....	45
Nivel de la Forma:.....	46
Mapa de las Construcciones de sentido:.....	50
Conclusión:.....	55
Referencias Bibliográficas.....	59

Resumen:

Este trabajo final integrador se propone investigar las condiciones de posibilidad construidas en el taller de musicoterapia "Ritmos y Canciones" del Hospital Geriátrico Provincial de Rosario. Tomando el territorio de las prácticas pre-profesionales en musicoterapia vivenciadas en la institución, se utilizará la modalidad de estudio de caso para analizar la experiencia del taller, reconociendo inicialmente huellas que responden a una lógica manicomial. Nos centraremos en el análisis de los discursos sonoros-corporales y las formas de vínculo de los participantes. Posteriormente, se desarrollará sobre los nuevos sentidos que posibilita el taller, los cuales se alejan de las lógicas institucionales y posibilitan un espacio de construcción colectiva.

Se presentará un recorrido por las extensiones de la institución, reconociendo los conceptos que emergen de dicho análisis y destacando la complejidad y los diferentes niveles que la componen. Para ello, delinearemos tres planos: de los adultos mayores, del dispositivo manicomial y del espacio de musicoterapia. El trabajo se apoyará en los aportes teóricos de Michel Foucault sobre el saber-poder y los dispositivos institucionales, así como en los desarrollos de musicoterapeutas como Rodríguez Espada y la información proporcionada por el Estado sobre la población adulta mayor institucionalizada.

Finalmente, se realizará un entrecruzamiento entre los planos mencionados, con el objetivo de identificar los puntos en común entre el dispositivo manicomial y las lógicas de esta institución, así como las posibilidades que la musicoterapia aloja en este territorio.

Palabras claves: *musicoterapia, adultos mayores, dispositivo manicomial, condiciones de posibilidad, huellas manicomiales, institucionalización.*

*Si fuimos lejos como un horizonte
Si aquí quedaron árboles y cielo
Si cada noche siempre era una ausencia
Y cada despertar un desencuentro
Usted
Preguntará ¿por qué cantamos?*

*Cantamos porque llueve sobre el surco
Y somos militantes de la vida
Y porque no podemos ni queremos
Dejar que la canción se haga ceniza*

*Cantamos porque el grito no es bastante
Y no es bastante el llanto ni la bronca
Cantamos porque creemos en la gente
Y porque venceremos la derrota*

*Cantamos porque el sol nos reconoce
Y porque el campo huele a primavera
Y porque en este tallo en aquel fruto
Cada pregunta tiene su respuesta*

“Por qué cantamos” Poesía hecha canción: Mario Benedetti (1979)

Capítulo I:

Justificación:

En el presente trabajo final nos adentramos en el análisis de las condiciones de posibilidad construidas en el taller de musicoterapia, llevado a cabo en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario¹, durante los meses de mayo a noviembre del 2023. Teniendo en cuenta el reconocimiento de huellas manicomiales tanto en el discurso institucional como en el de los sujetos que por allí transitan, nuestro objetivo radica en analizar aquellas construcciones que tuvieron lugar dentro del espacio de musicoterapia e instalaron diferencias respecto de este punto.

Motiva esta investigación el proceso de prácticas pre-profesionales de la Lic. en Musicoterapia, donde nos encontramos con discursos sonoros-corporales que daban cuenta de la presencia de huellas manicomiales en la lógica institucional. Comprendiendo que esta vivencia se dio en una institución geriátrica y no en un manicomio, nos preguntamos por las huellas que nos permiten leer una lógica que se presenta como similar. En este contexto, se contemplaron diversas situaciones en donde la integridad y la subjetividad de los residentes se vieron vulneradas. Estas implicaron restricciones corporales, verbales y del deseo de los residentes, dando cuenta de un trato que propiciaba la segmentación y el control de cada uno de ellos.

Consideramos pertinente investigar cómo operan las lógicas institucionales, centrándonos en las formas de ejercicio del saber-poder (Foucault, 1975) que tiene el HGPR y cuál es la relación con el Dispositivo Manicomial, para indagar luego sobre el lugar que ocupa la musicoterapia en la institución y su aporte como disciplina.

¹ Utilizaremos la abreviatura “HGPR” para referirnos al mismo.

Reconocemos que las prácticas institucionales incluyen formas de intervención que comparten elementos con las lógicas manicomiales, es decir, relaciones de poder que dejan posicionados a los residentes en un lugar de objetos. Además, las prácticas de salud refuerzan estas dinámicas, cristalizando estas posiciones y limitando las posibilidades de cada residente en la construcción de su cotidiano.

La experiencia del espacio de musicoterapia nos llevó a preguntarnos por el sujeto, tanto en su dimensión singular como en la dimensión colectiva y las formas de construcción de vínculos. Dicha pregunta emerge, en primera instancia, al vislumbrar que las producciones discursivas construidas en el taller muestran formas ligadas a las dimensiones mencionadas con anterioridad. Podemos decir, entonces, que allí fueron creadas las posibilidades de experimentación de otras formas de vida y generación de nuevos vínculos que fueron componiendo una identidad colectiva dentro del espacio.

Por consiguiente, llevaremos a cabo un análisis de los discursos sonoros-corporales de los adultos mayores institucionalizados que participan del Taller de Musicoterapia, orientándonos a investigar las huellas presentes allí, huellas que en una primera instancia reconocemos, siguiendo a Verón E. (1993), como vestigios de algo que dejó marca y reaparece. Estas huellas nos proporcionarán información sobre las lógicas institucionales, sus formas, las resistencias y fugas que se manifiestan en los discursos.

Capítulo II:

Planteo del problema:

A lo largo del tránsito por la Lic. en Musicoterapia recorrimos diferentes asignaturas, como también debates y tertulias, en donde la lucha por la desmanicomialización y los derechos humanos estuvieron siempre presentes. Desde los primeros días como estudiante esto me interpeló e incentivó a preguntarme sobre las prácticas en salud que se presentaban frente a mí. En el observar y practicar como estudiante en espacios de salud, fui construyendo un posicionamiento ético-político que tiene como base la desmanicomialización, como un cambio de paradigma necesario para así corrernos de lógicas que no solo encierran desde la literalidad, sino que clausuran los procesos singulares y colectivos de salud.

En función a lo recorrido, decidimos llevar adelante un análisis en donde se reflejen las diversas dimensiones que componen esta problemática. Para ello delineamos tres niveles de análisis que responden a los planos constitutivos de la problemática y que se entrecruzan a lo largo del escrito: del adulto mayor, del dispositivo manicomial y del espacio de musicoterapia.

De les Adultes Mayores:

Nos encontramos con una población que, a pesar de los gobiernos y de las épocas, se encuentra arrasada por diferentes formas de la sociedad y del Estado. Como podemos ver hoy en día, se sigue insistiendo en el vaciamiento de las posibilidades para les adultes mayores, recortando sus caminos y negándoles una vida digna. En los últimos años se ha incrementado el número de personas adultas mayores que se encuentran institucionalizadas en instituciones asilares. Según los datos brindados por el “Estado de situación de salud de las Personas

Mayores Año 2020” del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, un 15% de la población es la proporción de adultos mayores con más de 60 años en nuestro país. A su vez, los porcentajes de población femenina predominan sobre los varones adultos mayores. Igualmente, el Censo nacional del 2010 nos dice que de los 7 millones de adultos mayores, 2 millones presentan el Certificado Único de Discapacidad.

Los mayores de 60 años constituyen el 13,4% de la población del país. De ellos 4.757.395 fueron censados en hogares familiares, 502 en hogares en situación de calle y el resto en instituciones colectivas (114.060) constituyendo el 2,3% de la población adulta mayor. Del total de personas institucionalizadas (3) una de cada tres tiene 60 años y más (34,3%), siendo la diferencias por género abrumadoras: casi cinco de cada diez mujeres (48,3%) institucionalizadas son adultos mayores en tanto que sólo lo son algo más de dos cada diez varones (22,5%). (Fassio, 2007, pág 445)

Los datos proporcionados por el Estado nos permiten contextualizar la situación actual de esta población, lo que nos facilita realizar un análisis situado y complejo de sus procesos y discursos. Además, nos ayuda a comprender la imagen socialmente construida en torno a esta población, que se refleja en un aumento de formas de discriminación hacia ellos:

El conjunto de miradas negativas que tiene la sociedad con respecto a las personas adultas mayores fue definido como viejismo (ageism), término acuñado en 1969 por Robert N. Butler (primer director del National Institute of Aging en Estados Unidos), para hacer referencia a “una experiencia subjetiva, una inquietud profunda y oscura, una repugnancia y una aversión por la vejez, la enfermedad, la discapacidad y miedo a la pobreza, la inutilidad y la muerte”. (INADI, 2017, pág 12)

Como veremos a lo largo de este escrito, según Barreto (2009), el problema de la vejez se manifiesta como un problema de poder. Centrándonos en nuestra unidad de análisis, podemos decir que, este poder se ejerce y opera respondiendo al discurso de viejismo mencionado anteriormente, el cual está naturalizado e inadvertido tanto dentro como fuera del HGPR.

El hospital se nos presenta como una institución de puertas abiertas, facilitando que les residentes puedan entrar y salir en la medida en que sus condiciones de salud estén garantizadas. Sin embargo, más allá de la apertura y posibilidad de tránsito que la institución tiene como funcionamiento, en la práctica emergieron paradojas y contradicciones que revelaron la complejidad que atraviesa al hospital y, por extensión, a los adultos mayores. Reconocemos formas que se escabullen en la inmensidad de la institución, visibles y audibles tanto en los pasillos como en la intimidad de las salas, donde predomina la quietud y el silencio.

Nos enfocaremos en las prácticas que configuran una lógica institucional consolidada como una verdad inamovible, lo cual permite identificar dichas huellas manicomiales dentro del hospital. Estas formas sitúan a los residentes en una posición condicionada por sus posibilidades físicas, una posición que se vuelve estática y sostenida por relaciones de poder. Estas relaciones no solo se establecen entre residentes y profesionales, sino también entre los mismos adultos mayores y, de manera extendida, en la sociedad. Esta construcción se perpetúa mediante el discurso, a través del uso de diminutivos y la asunción de la imposibilidad de ciertas acciones, lo cual limita los vínculos y excluye a quienes no son autónomos, no tienen un discurso verbal comprensible para todos y no pueden salir del geriátrico.

Encontramos que las formas antes mencionadas traen consigo una concepción del sujeto y que esta es construida sobre las bases de los binomios salud/enfermedad y

normalidad/anormalidad. A su vez, entendemos que ésto interrumpe la posibilidad de protagonismo de los residentes en torno a sus procesos de salud, encontrando aquí una de las dimensiones componentes de nuestra problemática.

Del Dispositivo Manicomial:

Los interrogantes por el Dispositivo Manicomial y sus formas de operar surgen a partir de la vivencia en el HGPR, en donde encontramos ciertos puntos en común entre las formas de una institución geriátrica y las lógicas manicomiales que se encuentran en otro tipo de instituciones.

Utilizaremos los aportes de M. Foucault para analizar el dispositivo manicomial y sus componentes, para así atender a cómo es que aparece y opera, cómo transversaliza a la institución y cómo afecta a los procesos de salud de los adultos mayores institucionalizados. Foucault señala que en el dispositivo se establecen relaciones de poder, específicamente un poder disciplinario que implica:

“(...) una captura total o, en todo caso, que tiende a ser una captura exhaustiva del cuerpo, los gestos, el tiempo, el comportamiento del individuo. Es una captura del cuerpo y no del producto; es una captura del tiempo en su totalidad y no del servicio.”

(Foucault, 2007, pág 66)

A partir de los postulados del autor, identificamos ciertos elementos que nos permiten detectar las formas que muestra el hospital y cómo se manifiestan en este aspecto. En el día a día pudimos reconocer prácticas que capturan a los sujetos, su singularidad, deteniendo el tiempo y construyendo un espacio securizante (Rodríguez Espada, 2020). Este espacio se vuelve estático, ya que responde a ciertos órdenes disciplinares, que restringen la posibilidad de movimiento, dejando de lado los procesos singulares y colectivos de salud.

La institución se caracteriza por una estructura jerárquica que otorga poder a quienes poseen conocimiento, generando una separación entre profesionales y residentes, lo que limita las interacciones y el intercambio. Se observan huellas manicomiales en las formas relacionales, marcadas por el poder y el conocimiento, que se vuelven inflexibles y promueven la individualización al clasificar a las personas según sus capacidades, restringiendo vínculos y espacios.

Ante esto tomo las palabras de Foucault (1984) que nos dice que no puede haber relaciones de poder más que en la medida que los sujetos sean libres, sino sería una relación de dominación. Comprendemos entonces, que es indispensable la posibilidad de fuga y de resistencia en una relación de poder, la cual encontramos como novedad y potencia a trabajar en el taller de musicoterapia.

Del espacio de Musicoterapia:

Esta institución cuenta con una musicoterapeuta que recibe año a año practicantes de la Lic. en Musicoterapia. La forma de abordaje puede ser tanto singular como en talleres. Puntualmente el taller de Musicoterapia “Ritmos y canciones” nació como respuesta a la necesidad de establecer un nuevo espacio de coordinación durante mi práctica pre-profesional de quinto año. Este taller contó con la participación de residentes de todas las salas, tanto hombres como mujeres, conformando un grupo que asistía regularmente. De igual forma, estaba abierto para aquellos que desearan participar ocasionalmente o solo una vez, ya que la asistencia no era obligatoria para ningún residente.

En cada encuentro se buscaba promover el deseo de participación de los adultos mayores, ya sea desde su asistencia o en la forma en la cual se relacionaban dentro del mismo. Como también la escucha atenta, el fortalecimiento de los vínculos y el registro

propio; desde un lugar que no califica estéticamente las producciones sonoras, sino que celebra la potencia de cada persona en su hacer singular y colectivo.

Creíamos necesario esta búsqueda, dado que nos percatamos de la poca interacción entre los residentes, a pesar de cohabitar en la misma sala y compartir espacio en la misma mesa. Observamos que cuando surgían interacciones, estas se caracterizaban por conflictos, interrupciones y la emisión de juicios morales y estéticos, lo cual abonaba a la individualización y aislamiento de los adultos mayores.

A lo largo de la práctica, encontramos que el taller de musicoterapia marcaba diferencias en relación a lo expuesto, diferencias que se trazan como nuevas posibilidades ante las características que asume lo institucionalizado y reglado en esta institución. Los residentes comenzaron a explorar sus producciones discursivas, sosteniendo su propio discurso, así como uno colectivo, componiendo en conjunto y construyendo una identidad colectiva dentro del taller. También aparecieron cambios de posiciones, dejando de lado, por momentos, las relaciones de poder anteriormente mencionadas. Son estos movimientos los que llamamos líneas de fuga (Rodríguez Espada, 2016), las cuales transversalizan el espacio, posibilitando a la desterritorialización (Rodríguez Espada, 2016), crear un nuevo territorio en donde se habilite a nuevas y diferentes instancias vinculares que atiendan a las potencias singulares y colectivas.

Puntualizando en el taller y en el análisis que nos brinda la disciplina, nos preguntamos dónde posicionan estas lógicas institucionales y qué huellas muestran los discursos sonoros-corporales de los residentes, en relación al operar del dispositivo manicomial que mencionamos anteriormente. Es por ello que nos preguntamos ¿Cuáles son las condiciones de posibilidad que el espacio de musicoterapia logró instalar para generar movimientos dentro de este contexto?

Objetivos:**Objetivo General:**

- Indagar sobre las condiciones de posibilidad construidas en el taller de musicoterapia del Hospital Geriátrico Provincial de Rosario y sus diferencias respecto a la lógica institucional.

Objetivos Específicos:

- Describir las formas en que operan las lógicas institucionales presentes en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario y las relaciones de poder que a partir de ellas se suscitan
- Describir los puntos de contacto entre el dispositivo manicomial y las lógicas institucionales del Hospital Geriátrico Provincial de Rosario.
- Analizar la experiencia del taller de musicoterapia “Ritmos y canciones” tomando como eje central las redes discursivas de los participantes.

Capítulo III:

Marco teórico:

Nuestra pregunta por las lógicas institucionales surge al reconocer ciertas relaciones entre el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario y el concepto de Dispositivo de M. Foucault, el cual emerge como relevante a partir del proceso de prácticas. Tomaremos los aportes de este para desplegar posibles niveles de análisis atendiendo a las redes discursivas y a las relaciones de poder que atraviesan a los adultos mayores institucionalizados, para así poder reconocer las diferencias que traza la musicoterapia en esta institución.

En este capítulo recuperaremos los conceptos que sustentan y encuadran esta investigación. Continuando con los planos trazados en el capítulo II: “De los adultos mayores - Del Dispositivo Manicomial - Del espacio de Musicoterapia”, indagaremos sobre ellos y abordaremos cada componente de forma recursiva, moviéndonos de uno a otro.

De los Adultos Mayores:

Para esta investigación, es fundamental preguntarnos sobre los sujetos, los adultos mayores institucionalizados. Comprendemos este término como un concepto que se construye desde una posición compleja que es epistemológica, ética y estética.

Los adultos mayores institucionalizados son una población en crecimiento en nuestro país, con una cantidad cada vez mayor de personas que, voluntaria o involuntariamente, residen en una institución geriátrica, ya sea pública o privada.

A partir de la información plasmada en el planteo del problema, nos preguntamos por la institucionalización y las incidencias que tiene en esta población. Se trata de personas que deben despojarse de sus pertenencias y de sus hábitos cotidianos para reubicarse en un nuevo

espacio. Comprendemos que esto es un proceso que va constituyendo a las mismas, ya que “el proceso de institucionalización clausura imponiéndole al sujeto en cuestión una única forma de existencia, una única posición, la de sujeto sujetado a la lógica institucional.” (De los Santos, 2017, pág 31)

La población de adultos mayores crece exponencialmente año tras año, lo que aumenta la demanda de institucionalización en geriátricos. Al mismo tiempo, socialmente se siguen reforzando los discursos de objetivación alrededor de los adultos mayores. Un discurso que, como nos dice la Lic. en Musicoterapia Gutierrez Raia (2022) configura una concepción del viejo ligada a la enfermedad, en donde la imagen de los adultos mayores aparece en relación directa al desgaste biológico, lo enfermo, la muerte, relacionándolos a la mayor posibilidad de padecer enfermedades o complicaciones y por lo tanto disminuyendo sus posibilidades como sujetos activos.

Como se señaló previamente, socialmente se relaciona a la vejez con la improductividad, con lo anticuado, lo perdido y cambiante, lo enfermo, etc. Es allí donde reconocemos la construcción de una relación de poder, en donde este queda posicionado en la marginalidad, apartado por el rápido tiempo capitalista, dejando de lado su voz. La sociedad y todo lo que la compone, los medios de comunicación, la academia, la cultura, etc, configuran discursos que construyen sentidos e identidades y lo que sucede en el HGPR no está escindido de ello. Es por ello que tomamos las palabras de la Lic. en Musicoterapia Barreto:

S. de Beauvoir conceptualiza sobre cómo la palabra vejez tiene dos sentidos diferentes, uno como categoría social, y el otro como destino singular; expone en forma crítica como a lo largo de la historia, por intereses políticos, los ideólogos y moralistas de cada época elogiaron a la vejez tomándola como categoría social: (...) los adultos deciden según su propio interés práctico e ideológico acerca del papel que

conviene conferir a los ancianos, por lo tanto el problema de la vejez es un problema de poder”. (Barreto, 2009, pág 4)

Esta problemática de poder se ejerce teñida de viejismo, ubicando a esta población en lugar objeto, un sujeto atado a las constituciones originarias determinantes de cada uno (Maeyaert 2017). En esta operatoria “el adulto mayor institucionalizado aparece sólo como un objeto de cuidado y como objeto rentable para la institución que lo reside. Un ser, visto desde la quietud, desde la cristalización, desde la dependencia, a la espera de la muerte”. (De los Santos, 2017, pág 31)

Es por lo mencionado anteriormente que decidimos posicionarnos ética y epistemológicamente para comprender al sujeto en su calidad de leve, dejando de lado lo que lo sujeta, para dar lugar al constante movimiento. Esta conceptualización nos habilita a nuevas posibilidades de ver a los sujetos, lejos de las disciplinas que lo sujetan, lo atan o capturan, como nos dice el Lic. en Musicoterapia Pignalberi:

el sujeto va-siendo en la superficie, como el acontecimiento. La captura aparece en todo caso como una grieta en la cual el sujeto queda alojado por un tiempo, hasta que el mismo se suelta, lo sueltan, o vuelve a ...fluir en la superficie o a Caerse al cielo (Pignalberi, pág 18, 2020)

Reconocemos al sujeto dentro de un entramado discursivo, atravesado por discursos sociales, jurídicos, políticos, económicos, etc. Ya que nos es posible pensar al sujeto separado del discurso, los cuales lo van constituyendo y por ende desde el cual va construyendo y componiendo su propia forma de habitar la vida. A su vez, este entramado nos posibilita concebir a un sujeto productor, que acontece en el vínculo, que lo habilita a ser, al puro

devenir. El discurso, será entonces “constitutivo; es decir, constituye la posición, el punto soporte donde suponer, situar, a un sujeto productor” (Rodríguez Espada, 2016, pág 51).

Sujeto que va siendo en ese ir y venir productor-producido; siendo en las posibilidades que surgen al concebirlo lejos de las producciones que lo atan, sino como productor y protagonista de los movimientos que acontecen en la clínica. Ser-siendo en relación a uno u otro, componiendo conjuntamente estos entramados discursivos.

Del Dispositivo Manicomial:

Partiendo de las obras “Vigilar y Castigar” (1975) y “El Poder Psiquiátrico” (1976) de M. Foucault podemos ver cómo el poder ha evolucionado de las formas tradicionales de represión y castigo físico, hacia una forma más sutil de control social. El autor introduce el concepto de Dispositivo para analizar esta transformación, refiriéndose a un conjunto de técnicas y estrategias utilizadas para normalizar y disciplinar los cuerpos y las conductas de los individuos en instituciones como las cárceles, los hospitales y las escuelas. Este dispositivo articula elementos heterogéneos, tanto discursivos como no discursivos, permitiendo articular el saber y el poder. A través de estos, el poder se ejerce de manera difusa y permea todos los aspectos de la vida social, influyendo en las formas en que nos relacionamos, pensamos y nos percibimos a nosotros mismos.

Dentro de este dispositivo detectamos huellas que reconocemos como manicomiales, utilizando como soporte lo expuesto por la Lic en Musicoterapia V. Aranda (2016), entendemos al manicomio como una estructura autoritaria de control y orden, un dispositivo de poder que excluye y organiza a las personas según las "capacidades" en torno a normas producidas por los discursos médicos. Este es considerado un lugar de encierro, de control social y de ejercicio de poder. Son estas particularidades las que nos posibilitan reconocer las huellas discursivas que analizamos en el HGRP como manicomiales.

La convivencia en la institución se caracteriza por la presencia constante de diversidades: diversas personas, profesiones y diagnósticos, que abarcan desde cuestiones relacionadas con la memoria hasta la movilidad y la salud mental. Esto da lugar a la emergencia de distintos sistemas de dominación que influyen en las relaciones de poder. Dentro de esta institución geriátrica, se configura un dispositivo de segmentación y control que asigna posiciones diversas según el poder que cada individuo ocupa, así como en función de variables como el género, la autonomía, la raza y la clase social.

Estas formas de hacer y ejercer el poder, responden a cómo son las instituciones, por eso debemos reconocer que “la institución no se define más como un lugar sino como una relación entre lo instituyente e instituido que da lugar a la institución como un espacio inacabado y en gestión permanente”. (Kononovich & Saidón, 1991, pág 39). Estas lógicas van mutando, cambiando según los contextos, las necesidades; como nos dice Kononovich y Saidón (1991), las instituciones tienen geometrías, formas de hacer que delinean no solo los cuerpos, sino sus propiedades, reemplazando lo flexible con las esencias ideales y fijas, para así convertirse en bisturí, en marcador, que graba y diagrama el espacio social.

Comprendemos las lógicas a analizar, como la forma en la que la institución ejerce el poder, cómo éstas operan y mantienen su autoridad a través de reglas, normas, jerarquías y prácticas. Estas van más allá de lo físico y edilicio, ya que abordan el plano de lo discursivo construyendo discursos sociales que imponen verdades y conocimientos, para así generar un ordenamiento social (Foucault, 1976). Abordaremos el análisis de estas formas en el apartado “Análisis e interpretación del material relevado”.

Basándonos en lo expuesto anteriormente, nos enfocamos en el análisis de las producciones discursivas de los residentes. Eso se debe a nuestra comprensión de que, por un lado, “.. lo que llamamos un discurso o un conjunto discursivo no es otra cosa que una configuración espacio-temporal de sentido”, (Verón, 1993, pág 127). Por otro lado,

comprendemos que las instituciones van más allá de lo edilicio, de su organización, “son prácticas, mecanismo operatorios que no explican el poder, puesto que presuponen las relaciones y se contentan con fijarlas, su función es reproductora, no productora”. (Deleuze, 1987, pág 104).

Por lo tanto, el análisis discursivo nos posibilitará indagar esas prácticas, profundizar en las formas y sentidos, así como de detectar las huellas y condiciones de posibilidad que las componen. La Lic. en Musicoterapia M. Sabbatini en su investigación sobre la obra de Eliseo Verón nos dice que:

El análisis de los discursos sociales consiste en percibir las huellas dejadas, teniendo en cuenta, por un lado, las Condiciones de Producción (Cdp) y por otro lado las Condiciones de Reconocimiento (Cdr). Esas CdP y CdR son discursos que también poseen CdP y CdR; y así hasta el infinito de relaciones textuales. (Sabbatini, 2022, pág 31)

Es fundamental reconocer que estas prácticas están atravesadas por hecho sociales, concibiéndolas como un hecho complejo, que no estará aislado de su contexto. Ya que Verón (1993) nos presenta una doble hipótesis: por un lado, que toda producción de sentido es necesariamente social, lo que implica que no podemos describir un discurso y su proceso significativo sin explicar sus condiciones sociales productivas. Por otro lado, todo fenómeno social es un proceso de producción de sentido, ya sea a nivel micro o macrosociológico. Este sentido atraviesa y posibilita la creación de mundos posibles.

Por consiguiente, en la clínica musicoterapéutica los discursos están socialmente producidos como hechos sociales. Estos:

(...) solo pueden ser abordados como signos capaces de portar sentido en la medida en que acontecen dentro de una red discursiva, una red de vínculos a los que

comenzamos a llamar estéticos en tanto fueron develando sus cercanías con el arte y desde ese territorio de pensamiento es desde el que ejercemos nuestras prácticas los musicoterapeutas. (Rodríguez Espada, 2020, pág 47)

Del espacio de Musicoterapia:

“Creemos que lo que posibilita la clínica es, en primera instancia, acercarse a los cuerpos para celebrar un encuentro, cuerpos que ya no son unas esencias fijas sino unas experiencias, por lo tanto, factibles de realizar sus producciones en tanto compondrán lugares. Posibilita la clínica entonces aquí una epistemología, lugar de acceso hacia algún tipo de conocimiento.” (Brienzo, 2013, pág. 97)

Decidimos posicionarnos ética y epistemológicamente desde la musicoterapia para acercarnos a estas experiencias y a estos nuevos encuentros, reconociendo que esta nos posibilita el mejor lugar para observar. Así, construimos una práctica musicoterapéutica que se aleja de disciplinas que tienden a estatizar nuestras percepciones, abriendo alternativas estéticas y atendiendo a las múltiples posibilidades que devienen del vínculo entre el Arte y la Salud. En este vínculo comprendemos el desarrollo de la disciplina, apoyándonos en la conceptualización de la Lic. en Musicoterapia Bennardis, quien “concibe al Arte como un Discurso que expresa aspectos de lo humano no expresables verbalmente, priorizando como materiales de estos Discursos al sonido, al cuerpo, al movimiento y sus organizaciones en tanto Discurso” (Bennardis, 2002, pág 10).

La musicoterapia es una disciplina de la salud que se posiciona desde la estética, la cual es susceptible de ser percibida; es la facultad de percibir (Rodríguez Espada, 2016). Al comprender la salud como lo propone Rodríguez Espada desde el arte, la consideramos un

proceso en el que se entrecruzan diversas dimensiones, estableciendo un vínculo indispensable que nos permite sostener nuestra práctica como un hecho social. Pensar la salud desde la estética implica considerar lo sano como artístico, así como preguntar e interpelar al sujeto de esa salud.

Ubicarnos en este territorio nos permite corrernos de la binariedad sano-enfermo que reconocemos como discurso presente en el amplio ámbito de la salud. Nos permite alojar al Sujeto como un Sujeto Leve (Gianoni, 2002), del cual decidimos sospechar, preguntar-nos, para no generar verdades absolutas que estaticen sus procesos. Apostando por el devenir, por la calidad de ser en el instante, lo cual “le otorga de esta manera la posibilidad de soportar el estado de las cosas o renovarlo en sus infinitas posibilidades de operar en cada actualización”. (Gianoni, 2002, pág 22)

Como hemos señalado, el sujeto está atravesado por discursos y es productor de ellos. Es allí, en donde, como musicoterapeutas analizaremos e investigaremos las formas discursivas que dejan entrever huellas de las condiciones de producción del sujeto productor (Verón, 1993). Analizando esas formas que producen los sujetos para realizar las intervenciones que aperturen y cree, en diálogo, líneas de fuga de formas que se reconozcan como rígidas, creando nuevas estéticas posibles, habilitando un espacio en donde cada uno pueda estar continuamente re-posicionándose; generando movimientos emancipatorios que pueden devenir alivio, siendo esas posibles formas luego abducidas en otros contextos por cada uno (Rodríguez Espada, 2020).

En este sentido, decidimos posicionarnos epistemológicamente desde la Improvisación Libre, lo cual permite la aparición de nuevas formas de configurar redes discursivas, generando así otras posiciones y, por lo tanto, nuevas formas de vínculo. Entendiendo al vínculo como componente central de la Salud, podemos decir, tomando a Pichón Riviere (2001), que es el vínculo el que enferma pero también es el que cura. Según

Rodriguez Espada (2020), el disciplinamiento de un orden vincular que sostiene el sufrimiento de un sujeto puede devenir alivio si en el encuentro con otros, nuevas formas de vincularse son exploradas.

La improvisación libre, pensada como entrecruzamiento de discursos sonoros-corporales, aparece como territorio capaz de soportar y sostener dichos movimientos considerando que “El lenguaje del Arte es el que posibilita la circularidad de la Materia, Forma y Sentido, en tanto el Musicoterapeuta escuchante celebra el devenir como criterio de Salud”. (Gianoni, 2002). Siendo el arte el territorio que nos habilita a explorar, jugar y percibir, quien nos permite ubicar a la improvisación libre como un paradigma epistemológico en salud, desde el cual decidimos intervenir. Posibilitando un proceso de de-construcción/construcción, en donde a partir del discurso sonoro-corporal producido por un sujeto, se deconstruyen estéticas disciplinantes y al mismo tiempo se construyen nuevas formas, en tanto el sujeto se reconozca en su producción discursiva y en el encuentro con otros.

Comprendemos que construir esta posición nos posibilita dar lugar a una clínica orientada a la producción de libertad, en donde será la improvisación libre la que nos posibilite posicionarnos y vivenciar el espacio clínico como un espacio de libertad. Aquí se invita al sujeto a percibir y formalizar, a ensayar nuevas formas que puedan ser abducidas a otros ámbitos de su vida. Esto permite pensar al sujeto, tomando las palabras de la Lic. Maeyaert: “como una persona que no es prisionera de una constitución originaria que la determine, sino que tiene la potencia de operar sobre la realidad para transformarla, en un continuo devenir que posibilita la aparición de formas y posiciones nuevas. (Maeyaert, 2017, pág 96)

Capítulo IV:

Abordaje Metodológico:

Este abordaje metodológico se construye desde mi doble posición como investigadora y practicante de musicoterapia en el HGPR. Reconociendo esta dualidad, tomamos una distancia crítica ante las experiencias vividas allí, reuniendo esas vivencias como condición de producción para desarrollar una metodología que abarque las diferentes dimensiones de esta problemática.

A partir de reconocer las dimensiones que atraviesan y construyen complejamente a esta problemática, diseñaremos una metodología dialéctica o compleja, tomando como soporte las construcciones teóricas de E. Achilli en “Investigar en Antropología Social” (2005). Debido a que:

(...) el acceso al conocimiento de tal complejidad requiere de la implementación de una lógica de investigación que sea respetuosa de la misma y no que se la proclame para violentarla en la práctica, como ocurre en algunas oportunidades. Es decir, una lógica de investigación que, coherentemente, se despliegue en un proceso dialéctico en el que no se disocien las concepciones teóricas y empíricas en la generación de conocimientos. Una lógica que, a su vez, contiene una reflexividad crítica de auto objetivación del mismo proceso en sí. (Achilli, 2005, pág 39)

Para esta investigación, optamos por la modalidad de estudio de caso, ya que nos permitirá desplegar las múltiples dimensiones que componen la problemática elegida, así como recopilar y analizar la información relevada durante el proceso de prácticas sobre la institución, la población y el taller de musicoterapia. Esta modalidad, como nos dice Stake (1998), nos posibilita elegir un objeto a ser estudiado por sobre un método o metodología,

definiéndolo por el interés propio en los casos individuales y eligiendo su abordaje a partir de un estudio de lo particular por sobre lo general.

De las condiciones de posibilidad:

Es fundamental realizar una reflexión metodológica sobre nuestra experiencia para reconocer nuestras condiciones de posibilidad en la construcción de esta metodología. Por su parte, el vínculo que hemos establecido con los residentes dió lugar a nuevas posiciones y posibilidades, que contrastan con las situaciones de encierro que ellos mismos contaban.

Es importante reconocer la posición de poder que ocupamos quienes coordinamos el taller, dado que nuestra presencia en el hospital es momentánea y, sobre todo, tenemos el privilegio de decidir asistir a la institución por voluntad propia. Esto nos posibilita posicionarnos en un *entre*, un borde para poder analizar complejamente las situaciones ya descritas en relación a las lógicas institucionales y a los acontecimientos dentro del taller de musicoterapia, evitando caer en un abismo de binarismos y verdades absolutas.

Es por ello que, luego de realizar mis prácticas de 4to año en el HGPR, decidí retornar a la institución para llevar a cabo las prácticas pre-profesionales del último año de la carrera. Con el acompañamiento de la musicoterapeuta, comenzamos a gestar el taller "Ritmos y Canciones", el cual proponía jugar con herramientas musicales para dar lugar a nuevas posibilidades de expresión y de vínculo.

En el taller se conformó un grupo de ocho residentes de diversas salas, en su mayoría hombres, con quienes generamos un vínculo que habilitó debatir sobre diferentes temas personales, sociales y políticos. Esta confianza se fue construyendo encuentro a encuentro, donde cada uno pudo expresarse y también escuchar al grupo, ensayando nuevas formas de

posicionarse en el taller y reconociendo el lugar que ocupa cada una como adulta mayor institucionalizada.

De la construcción metodológica:

Para construir un diseño metodológico que nos posibilite ser flexibles y dialogar con las diferentes dimensiones de análisis, tomaremos como referente empírico el Taller de Musicoterapia “Ritmos y canciones” brindado los días lunes en el HGPR, utilizando como fuentes primarias las observaciones participantes del proceso de prácticas pre profesionales en Musicoterapia en dicha institución en el año 2023, los registros de campo, como también los análisis y construcciones de sentido realizadas luego de cada encuentro.

Se empleará material de campo surgido de los intercambios con la musicoterapeuta y profesionales de la salud de la institución. Consideramos necesario volver sobre estos materiales dado que cada una desempeña un rol distinto, lo que nos permitirá analizar diversas posiciones y su funcionamiento en la institución. Estos registros serán utilizados como herramientas que nos ayuden a abordar las narrativas que se extienden a lo largo del HGPR, sosteniendo así una mirada compleja que contribuya a un análisis exhaustivo.

Es por ello, que construimos una metodología para llevar adelante este análisis, en donde tomaremos como *Territorio* a analizar el Taller de Musicoterapia “Ritmos y Canciones”, entendiendo que:

El territorio puede ser relativo tanto a un espacio vivido como a un sistema percibido dentro del cual un sujeto se siente ‘una cosa’. El territorio es sinónimo de apropiación, de subjetivación fichada sobre sí misma. Él es un conjunto de representaciones las cuales van a desembocar, pragmáticamente, en una serie de comportamientos, inversiones, en tiempos y espacios sociales, culturales, estéticos, cognitivos. (Guattari y Rolnik, 1986: 323; en Haesbaert, 2004).

Para recorrer los relieves de este territorio trazaremos *Mapas*, tomando las palabras de la Lic. en Musicoterapia: “ (...) pensamos al mapa en tanto forma que opera metodológicamente como recorte de lo que va aconteciendo y puede ser posible de ser analizado.” (De lo Santos, 2017, pág 27). Para esta investigación abriremos 3 dimensiones, que nos posibiliten ahondar en la complejidad de la vivencia, comprendiendo como *dimensión* a “(...) lo conocido y lo por conocer, una medida singular para el usual concebir y especialmente para concebir el percibir, el oír.” (Bennardis, 2002, pág 54). Estas contendrán en su interior distintos *niveles* o tipos lógicos que nos permiten analizar desde distintos lugares el territorio elegido (Bateson, 2002). A su vez, dentro de los niveles encontraremos *Planos*, entendiéndose como ejes de coordenadas que nos permiten recortar y recorrer el territorio, de manera tal que soporte la mutabilidad de las funciones que se dibujan en su relación con las variables (Gianoni, 2002).

Trazado de los mapas:

Para abordar este análisis delinearemos tres mapas: el primero, de la *Contextualización*, donde detallaremos las informaciones pertinentes sobre la institución, su historia y funcionamiento, tomando como fuente primaria los relatos de los participantes del taller, de la musicoterapeuta y material escrito sobre la misma. El segundo, de la *Experiencia*, en donde analizaremos el proceso de los adultos mayores participantes del Taller de Musicoterapia. En el tercero, de las *Construcciones de Sentido*, donde se expondrán los entretejidos posibles entre los mapas delineados y las informaciones recabadas allí.

Mapa de la Contextualización:

- Historia del Hospital
- Funcionamiento
- De las Lecturas

Mapa de la Experiencia:

- **Dimensión 1: Taller de Musicoterapia “Ritmos y Canciones”**

Nivel de la Materia

Nivel de la Forma:

Plano A: zonas, momentos

Plano B: Config. Discursivas

Plano C: Texturas

- **Dimensión 2: La Peña.**

Nivel de la Materia

Nivel de la Forma:

Plano A: zonas, momentos

Plano B: Config. Discursivas

Plano C: Texturas

Mapa de las Construcciones de sentido

Análisis e interpretación del material relevado:

Mapa de la Contextualización:

Historia del Hospital:

El Hospital Geriátrico Provincial de Rosario cuenta con una extensa historia en la zona sur de la ciudad. Recolectamos información sobre la misma a través de registros de campo, lecturas de tesis y los aportes de los trabajadores de la institución.

Sus comienzos datan del año 1889, cuando fue concebido como un proyecto de la Sociedad de Beneficencia Rosario para albergar a enfermos mentales crónicos y mendigos, y recibió el nombre de “Asilo de Dementes y Mendigos del Sagrado Corazón de Jesús”. A través de los años, esta institución fue cambiando su nombre y ligeramente la población que recibía. En 1943 pasa a denominarse “hogar de ancianos”, enfocándose primariamente en las personas mayores a 60 años. Finalmente, luego de varios cambios de gestión, en 1978 durante la dictadura militar la institución se define como “Hospital Geriátrico Provincial de Rosario”, dependiendo tanto de la Sociedad de Beneficencia de Rosario como del Gobierno Provincial de Santa Fe.

En 1993, mediante un decreto del Poder Ejecutivo, se estableció el nuevo sistema de autogestión. Este sistema implica la descentralización de los diversos proveedores de salud, otorgándoles la capacidad de crear servicios y ofrecer prestaciones. Además, les permite facturar conforme a aranceles específicos establecidos en nomencladores correspondientes.

A partir de esta disposición, el HGPR se organiza en:

- Organización administrativa
- Dirección
- Oficina Administrativo
- Contable - Oficina de Personal

- Servicio Social
- Servicio de Estadística

En 1998 se presentan servicios que fueron inaugurados para el servicio a la comunidad, tales como:

- Servicio de Fisiatría y rehabilitación
- Consultorio externo de enfermería
- Unidad de cuidados paliativos
- Consultorio externo de médicos
- Salud Mental

A partir de los diferentes servicios mencionados, el hospital recibe y atiende mayormente personas mayores a 65 años que necesiten una atención de baja complejidad, pensada puntualmente para pacientes crónicos. Para dicha atención la institución promulga ciertos principios, los cuales extrajimos de la tesis “La vejez con ojos de mujer en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario” de la Lic. Lorenzin (2020):

- Respetar la singularidad de los residentes e impulsar la claridad, transparencia y eficiencia en los proyectos institucionales
- Garantizar el respeto y la promoción de los derechos de los residentes de la institución
- Promoción de actividades docentes que permitan diseñar nuevas estrategias de abordaje de la problemática.
- Cuidar la salud del residente.
- Poder tener contacto social con sus pares.
- Participación intersectorial e interinstitucional en el diagnóstico y solución de las problemáticas.
- Desenvolver actividades para el desarrollo de la personalidad de cada uno de los residentes a través de talleres.

Actualmente, el hospital se constituye como una institución de puertas abiertas que alberga a 184 residentes de distintas edades, diagnósticos y procedencias, distribuidos en 9 salas: 5 para mujeres, 3 para hombres y 1 mixta, además de un ala dedicada a cuidados paliativos. Recibe a personas por diversas razones, como la necesidad de asistencia para tareas básicas, la realización de tratamientos específicos o la internación debido a accidentes que requieren cuidados especiales. En los últimos años, ha aumentado el ingreso de personas en situación de calle, abandono de persona y dificultades económicas que conllevan a la internación en el sector público. La admisión está abierta tanto para quienes cuentan con obra social como para quienes no la tienen.

Funcionamiento:

Tal como mencionamos anteriormente, en el hospital confluyen diferentes áreas, cada una integrada por profesionales de diversas disciplinas. Algunas de estas disciplinas están relacionadas con el ámbito de la salud, como nutrición, psiquiatría, enfermería y musicoterapia, mientras que otras se centran en lo administrativo, como contaduría y estadística.

Para abordar la gestión de la magnitud de la institución, se ha establecido una estructura organizativa compuesta por un director general, jefes de servicio (incluyendo áreas como medicina, enfermería, odontología y psicología, entre otras), así como diversos departamentos, servicios y comités. Esta configuración organizativa manifiesta una jerarquía laboral definida, en la que se asignan diferentes niveles de autoridad y responsabilidad a los miembros del personal. Las áreas de salud llevan adelante diferentes modalidades de atención: talleres grupales, terapias individuales y/o atención individual en espacios conjuntos. Estas disciplinas trabajan alineadas con los objetivos de la institución, realizando análisis independientes, pero convergiendo en la atención de las mismas problemáticas. Cada

una encuadra la atención bajo sus propios métodos y posiciones, decidiendo qué residentes atender y de qué forma, la cual puede ser individual o grupal.

En la variedad de actividades terapéuticas ofrecidas en el HGPR, el acceso a las mismas es sugerido por el médico de la sala o profesional a cargo de la actividad, o también puede quedar a elección y posibilidad de cada residente. Sin embargo, al recorrer la institución, observamos que algunas terapias se presentan como obligatorias, lo que prioriza su asistencia sobre otras actividades y limita la capacidad de elección del residente.

De las Lecturas:

A partir de la información relevada podemos realizar ciertas lecturas que nos permiten continuar complejizando esta investigación. Por un lado, tomando como punto de partida la manera en que se enmarca la atención en la institución, podríamos decir que esta forma de trabajar dentro del hospital responde a un enfoque multidisciplinario, entendido como menciona la Dirección de Investigaciones Interdisciplinarias UNR (2022), una mezcla no-integradora de varias disciplinas en las que cada una conserva sus métodos y su posición sin cambio. Observamos que esta forma impide el intercambio entre profesionales, lo que genera segmentación e individualiza la práctica. Esto, a su vez, sitúa a cada uno en una posición según su disciplina, otorgándole un lugar de poder y saber que conforma una jerarquización basada en la especificidad.

Basándonos en la información recabada sobre el funcionamiento y la historia del HGPR, podemos observar que este da lugar a que se lleve a la práctica un concepto de salud en donde prima el binomio salud-enfermedad. Aunque su nombre y la población a la que atiende han cambiado con el tiempo, las posiciones de poder siguen siendo ocupadas por las mismas disciplinas, priorizando las terapias que tienen efectos inmediatos en la salud de los residentes. Esto evidencia que el enfoque permanece en el sujeto como objeto de cuidado, con el objetivo constante de rehabilitar y mejorar la salud física.

Mapa de la Experiencia:

Para la construcción de este mapa utilizaremos una metodología de análisis² construida a partir de lo que nos muestra como relevante la vivencia del taller de musicoterapia. Para poder dar cuenta de la complejidad del proceso anual que se fue construyendo en cada encuentro:

Reconocemos *Zonas* a partir de lo que emerge como relieve en un fenómeno estético, delimitando coordenadas de espacio/tiempo que sostienen con ciertas características y lógicas que nos permiten detectarlas, nombrarlas y diferenciarlas. Percibimos un cambio de zona cuando reconocemos un cambio o ruptura que se configura como una diferencia en la lógica presentada. A su vez, dentro de las zonas, identificamos *Momentos* en donde también se observan cambios o rupturas en el desarrollo del fenómeno. Sin embargo, estos cambios no llegan a configurarse como una diferencia significativa, sin generar un quiebre o contraste en sí mismos mantienen la pauta que conecta³.

En relación al análisis del discurso de los participantes, tomaremos las zonas y momentos para ahondar sobre las configuraciones discursivas y las texturas. Comprendiendo a las configuraciones discursivas como la relación entre el sujeto y su discurso, respondiendo a cómo ese discurso se configura a lo largo del tiempo. Las Texturas dan cuenta de las relaciones que dos o más discursos mantienen y que configuran el entramado discursivo. De esta forma podemos reconocer:

- Textura en Subordinación: Es aquella que se muestra cuando un sujeto toma ciertos elementos constitutivos de la composición de otro para

² Dicha metodología toma como condición de producción la carcasa metodológica construida grupalmente en la asignatura “Grupos de Improvisación” en el año 2021.

³ Concepto del autor Gregory Bateson, utilizado frecuentemente en su libro *Espíritu y Naturaleza* (1979), para referirse a todos los fenómenos que acontecen en nuestro entorno o en nuestro interior, están interconectados, uniendo así diferentes sistemas, posibilitándonos formular nuevas preguntas y formas de conocer el mundo.

configurar y sostener su discurso. Por lo tanto si surge algún cambio en la configuración discursiva, el discurso subordinado se desconfigura.

- Textura en Independencia: Aquella que se muestra a partir de que un discurso no comparte con los demás discursos del entretejido los elementos de su composición que se consideran relevantes durante la improvisación.
- Textura en Complementariedad: Aquella que se muestra a partir de la relación discursiva que da cuenta de la emergencia de un solo discurso, compuesto conjuntamente por quienes intervienen. Dada esta cualidad, cada uno de los discursos que componen ese entretejido, aportan una característica inédita a la resultante total.

Introducción al análisis:

Antes de comenzar el recorrido por las dimensiones que componen este mapa, es necesario mencionar los antecedentes que hicieron posible mi vivencia como practicante en el Hospital Geriátrico Provincial.

La Licenciatura en Musicoterapia ha mantenido una presencia constante en esta institución, brindando oportunidades de práctica para estudiantes de 4to y 5to año. Estas experiencias y la presencia de la disciplina se han sostenido a través de talleres grupales, intervenciones en espacios comunes y la organización de eventos. Esto, a su vez, ha permitido la instauración de “peñas” organizadas por la musicoterapeuta y estudiantes, eventos que reúnen a los residentes, a los distintos talleres de la disciplina y a las áreas del hospital que deseen participar, para disfrutar en comunidad las producciones de los adultos mayores.

Por consiguiente, esto fue condicionante al momento de iniciar mi práctica y vincularme con los adultos. Durante los recorridos por la institución, junto a la musicoterapeuta, invitando a cada uno a participar del taller, preguntando y escuchando sus deseos, la mayoría ya había oído hablar del espacio de musicoterapia y conocía sobre la disciplina. La presencia de la profesional y el antecedente de prácticas previas, posibilitó conocer a cada uno de los residentes, sabiendo sus nombres y conversando sobre vivencias anteriores.

Esto permitió que el taller se muestre como un espacio conocido y posible de transitar según el deseo y las potencialidades de cada uno. Un espacio de producción sonora y de intercambio entre residentes.

- Dimensión 1: Del Taller de Musicoterapia “Ritmos y Canciones”

En esta dimensión encontramos el nivel de la materia y el de la forma. En este último trazamos planos que nos posibilitaron recorrer las extensiones del taller de musicoterapia. A modo de recorte, relevaré las vivencias de algunos de los participantes del taller, quienes reflejan las complejidades del proceso anual. Para referirnos a ellos, recopilamos las canciones que resonaron en el taller, detectando los gustos musicales de cada uno, para seleccionar un cantautor que los identifique.

Nivel de la Materia

El taller de musicoterapia “Ritmos y canciones” se encuadra mencionando las diferencias que encontramos entre un taller de música y uno de musicoterapia, escuchando la experiencia de los residentes que ya han participado de espacios similares y destacando que este es un lugar de encuentro, en donde se promueve el deseo de participación y la elección de cada uno.

Deciden participar a lo largo del año entre siete y diez residentes, conformándose un grupo que asistía con bastante frecuencia y uno o dos residentes que asistían esporádicamente. Estos sostuvieron grupalmente una división en dos grupos que a lo largo de los encuentros fueron presentando cambios en su forma de relacionarse. Por un lado, estaban Fander, Falú y otros residentes que participaban mediante la palabra, la lectura de textos o desde las constantes propuestas. Por otro lado, Gieco, Chalcha y otros residentes que participaban del taller desde lo musical y ocasionalmente desde la palabra, atendiendo a las propuestas que hacían les demás. A medida que avanzaban los encuentros, comenzaron a aparecer pequeños movimientos singulares y grupales que posibilitan este desarme, dando lugar a breves momentos de composición grupal sostenida por todos.

El taller contó con veintiún encuentros a lo largo del año. En primera instancia los encuentros se caracterizaron por la predominancia de la materia verbal, ya que se generaban conversaciones extensas entre residentes sobre diferentes tópicos, como el cotidiano en el hospital, los gustos musicales, el amor, la muerte. Esto se debía en parte al estar conociéndose singular y grupalmente, lo que al mismo tiempo conllevó a que cada adulto mayor vaya tomando posición ante el grupo, aparecían “los que charlaban muchos”, “los que casi no hablan”, “el que habla siempre”.

Ante esta duración de las charlas y el poco lugar que se le daba a otra materia, ya sea sonora o corporal, se comenzó a consignar improvisaciones desde la palabra, utilizando letras de canciones e instrumentos. Estas fueron grabadas y puestas a disposición para escuchar al siguiente encuentro.

A partir de esta escucha y puesta en valor de las composiciones grupales, se invita a retomar las conversaciones anteriores y a seguir improvisando, otorgándole un nuevo lugar a lo musical y habilitando otra forma posible. Al tomar mayor relevancia lo sonoro sobre lo verbal, se invita a participar con instrumentos musicales, componer letras de canciones, leer

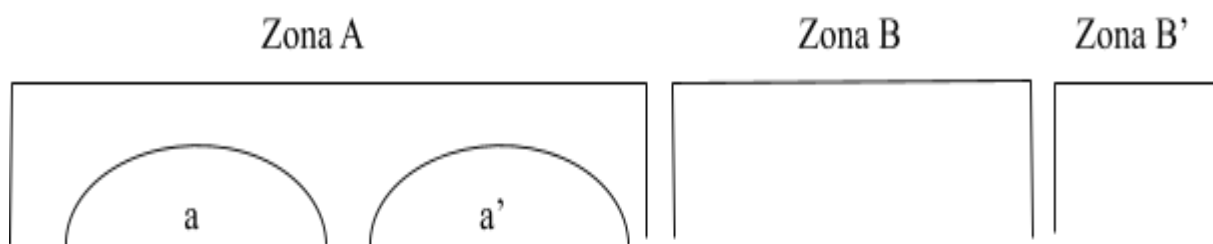
poesías y escuchar canciones populares. Las dinámicas eran propuestas tanto por la musicoterapeuta practicante como por los residentes, siempre priorizando el acuerdo grupal.

Siguiendo con las invitaciones a improvisar, decidimos escuchar la canción “Solo le pido a Dios” del cantante León Gieco y tocar arriba de ella. Mientras tocábamos los instrumentos, Fander comienza a improvisar una nueva letra, la cual hablaba de los malestares de la vivencia en el hospital. Esto nos permitió profundizar sobre las insatisfacciones con la institución, como también poder trabajar la composición de una letra colectiva que identifique a todes, la composición del acompañamiento rítmico. En esta instancia, se sumaron al taller tres practicantes de 4to año de musicoterapia. Juntas, propusimos dirigir las improvisaciones mediante señas pactadas grupalmente. El rol del director o directora se pensó para poder ensayar los cambios de posiciones en el grupo.

Llegando a fin de año, los practicantes de 4to año invitan a todos los talleres de musicoterapia a mostrar lo que se trabajó durante todo el año, en formato peña. Como grupo comenzamos a debatir qué hacer en este evento, algunos querían presentar la canción compuesta entre todes y otros preferían que quede para nosotros. Se abrió el tema a discusión, cada uno fue diciendo su opinión y fundamentándola. Respetuosamente se fue escuchando a cada uno, se preguntaban entre ellos y también a los practicantes. Ya no aparecía la dependencia de un grupo hacia el otro o la imitación de las acciones, sino que se empezó a construir conjuntamente diferentes producciones discursivas y nuevos vínculos. Se decidió no presentar la versión propia de la canción, pero igualmente tocar la versión original utilizando la improvisación con señas que veníamos ensayando.

Nivel de la Forma:

Plano A: zonas, momentos



En relación a lo descrito en el nivel de la materia, reconocemos tres zonas que comprenden los veintinueve encuentros, teniendo como criterio de distinción las texturas discursivas. A su vez en la Zona A distinguimos dos momentos, reconociendo una diferencia a partir del encuentro n° cinco.

A continuación se describirán los relieves que emergen de cada zona.

■ Zona A:

Esta zona abarca los primeros once encuentros. A su vez, dentro de esta distinguimos dos momentos, reconociendo una pequeña diferencia a partir de un acontecimiento en el encuentro n° cinco.

Este primer momento llamado “a” se caracteriza por la predominancia de la materia verbal, charlas cotidianas y superficiales con el objetivo de conocernos y por texturas en subordinación e independencia, los residentes Fander y Falú componían su discurso manteniendo una relación de subordinación ante el grupo.

Reconocemos un segundo momento llamado “a’ ” a partir del encuentro N°5, en donde Chalcha, quien venía teniendo poca participación de las conversaciones, manteniendo mayormente una textura en independencia, de repente y abruptamente relata que no pudo participar de una actividad grupal del hospital. Comprendiendo a esto como un acontecimiento que permitió el movimiento, habilitando a nuevas conversaciones sobre las experiencias dentro de la institución y el lugar que ocupa cada uno allí. Esto da lugar a un segundo momento en donde se empieza a conformar un espacio seguro y de confianza para hablar diferentes temas sensibles. Aunque el movimiento no marcó una diferencia tal que

implique un quiebre, reconocemos que las texturas en independencia que sostenían Chalcha y Gieco comienzan a desconfigurarse.

■ Zona B:

Esta zona comprende desde el encuentro trece al diecinueve. Aquí se comienza a notar paulatinamente una diferencia en relación a la zona A, los grupos mencionados anteriormente se empiezan a desdibujar, empiezan a aparecer pequeños movimientos singulares y grupales que posibilitan este desarme, dando lugar a breves momentos de composición grupal sostenida por todes.

En esta zona toma más relevancia la materia sonora, dejando de lado el protagonismo de la charla y dando lugar a las improvisaciones tomando como condición de producción canciones trabajadas en la “Zona A”. A partir de practicar la nueva letra de la canción “Solo le pido a Dios” y de la posibilidad de dirigir al grupo a partir de señas, les residentes fueron ensayando nuevas formas de estar en el grupo. Dando lugar a que texturalmente aparecen cambios en los discursos que componen Fander y Falú, la subordinación ya no se sostiene como antes, el grupo empieza a desprenderse y a configurar un discursos que se sostiene y se construye complementariamente.

■ Zona B’:

Esta zona comprende los últimos 2 encuentros del año. Aquí la materia vuelve a ser mayormente verbal, se debatió sobre qué presentar en la peña y de qué forma. También se charló sobre el cierre del año, haciendo hincapié en el proceso anual que se vivenció juntas.

A diferencia de las zonas anteriores, cada una de las residentes fue expresando sus opiniones y emociones en relación a lo vivido en el taller. Fue relevante la calidad de escucha grupal, siendo esta atenta y respetuosa para con todes. En esta zona se terminan de desdibujar

y desarmar los grupos mencionados anteriormente, cada uno, comenzó a participar de la construcción de un discurso colectivo.

Plano B: Config. Discursivas

Tomando la forma expuesta en el “Plano A: zonas y momentos”, analizaremos las configuraciones discursivas de los participantes del taller de Musicoterapia, las cuales nos permitirán analizar las texturas que indagaremos en el siguiente plano.

■ Zona A:

Momento a:

- Fander: Al inicio del taller Fander configura un discurso verbal que se caracteriza por su alta densidad y su prolongación. Su aparición en los encuentros era constante y repetitiva, dejando poco lugar a los silencios y a la participación de los demás. Por momentos a partir del discurso de Fander otros residentes configuraban su discurso.
- Falú: Desde un principio Falú configura un discurso verbal que se caracteriza por su prolongación y su repetición. Participaba constantemente desde la palabra charlando con Fander y contando historias personales que se alejan de las propuestas del taller. En los primeros encuentros él seguía toda propuesta de Fander, repetía su hacer sin mostrar alguna diferencia, configurando un discurso a partir del de su compañero.
- Gieco: Configura un discurso sonoro-corporal realizando gestos, movimientos de cabeza y sonidos variados a una intensidad media. Gieco compone una secuencia rítmica que repite a una velocidad rápida y a una alta intensidad en todo momento, ya sea que todos estemos tocando o que algún compañero esté

hablando. Configura discurso desde la palabra cuando alguien se dirige puntualmente a él con alguna pregunta, contestando por “sí” o por “no”.

- Chalcha: Chalcha participó muy pocas veces verbalmente; cuando lo hacía, su discurso era de baja densidad e intensidad, marcado por los silencios y la lentitud. Esto dificultaba que sus compañeros lo escucharan y por lo tanto también al intercambio entre ellos.

Momento a’:

- Fander: Continúa configurando un discurso verbal en donde prima la densidad e intensidad alta, este comienza a contener silencios y elementos del discurso de Chalcha.
- Falú: Continúa configurando un discurso verbal a partir del discurso de Fander y también del de Chalcha. Este es de larga prolongación, siendo repetitivo en su contenido.
- Gieco: Compone su discurso sonoro-corporal por la secuencia rítmica mencionada, adoptando silencios y detenciones largas.
- Chalcha: Configura un discurso verbal a una intensidad media y de alta densidad. Este aparece esporádicamente, superponiéndose a los discursos de los demás, pero sosteniéndose por sobre los que se escuchaban. A partir de las intervenciones de Chalcha el resto comienza a tomar elementos de su discurso para configurar el propio.

■ Zona B

- Fander: Configura un discurso sonoro-corporal utilizando la guitarra y la voz, acompaña musicalmente a los demás residentes. Este es de intensidad media,

contiene silencios y elementos del discurso de Gieco, diferenciándose progresivamente de la Zona A.

- Falú: Configura un discurso sonoro-corporal utilizando el bombo y la voz. Falú compone su discurso a partir de los ritmos que escuchaba de Fander, Gieco o de las practicantes. Su discurso sonoro variaba rítmicamente dentro de la improvisación, esta forma de variación también se vio reflejada en lo verbal.
- Gieco: Configura un discurso sonoro-corporal utilizando el instrumento ovni, compone una secuencia rítmica similar a la de la Zona A junto a otros participantes del taller. Verbalmente Gieco comienza a sugerir canciones para tocar y escuchar, como también comienza a cantar. Al momento de ser director del grupo, Gieco fue el que más veces pasó por el rol, este dirigió a todos corporalmente.

■ Zona B'

- Fander: Configura un discurso verbal caracterizado por las pausas y la densidad media. Fander se detiene a escuchar al resto para componer su discurso. Alienta a los demás para participar de la peña tocando y cantando.
- Falú: Configura su discurso verbal a partir de los discursos de los demás, compone deteniéndose para escuchar y tomar lo que dice el resto. Este es de una densidad e intensidad media.
- Gieco: Gieco participa de esta zona configurando un discurso verbal, escuchando y respondiendo a las preguntas del grupo, tomando lo que dice el resto para componer su discurso. Este se caracterizaba por ser de una densidad baja y una intensidad media.

Plano C: Texturas

■ Zona A

En el **momento “a”** reconocemos varios discursos:

- Fander
- Falú
- Fander y Falú
- Gieco y el grupo
- Chalcha

Aquí predomina una textura en subordinación. Por un lado, Fander compone un discurso, en donde Falú participa tomando lo que hace Fander para producir y sostener su discurso. Al mismo tiempo este discurso de Fander y Falú sostenía una textura en subordinación hacia los discursos de Gieco y el resto del grupo, siendo estos quienes respondían a las propuestas de la dupla, esperando las acciones de ambos para poder componer sus discursos, si Fander y Falú no accionaban, el resto del grupo permanecía en silencio. A su vez, Chalcha componía su discurso con elementos discursivos muy diferentes a los demás, lo cual lo ubicaba en una relación de independencia para con el grupo.

En el momento “a’ ” continúa la predominancia de la textura en subordinación entre los mismos discursos. Aparece una pequeña diferencia, a partir del cambio de las configuraciones discursivas de Chalcha, en su discurso comienzan a aparecer elementos discursivos relevantes de la improvisación, ubicándolo en relación con los demás. Al mismo tiempo el grupo incorpora elementos del discurso de Chalcha para producir su discurso. Sosteniéndose así por breves momentos una subordinación del grupo hacia el discurso de Chalcha. Esto se desarmaba cuando Fander y Falú proponían una canción o una conversación nueva, volviendo a estar el grupo subordinado al discurso de la dupla, pero a diferencia del momento anterior Chalcha realizó un movimiento en el entramado discursivo.

■ Zona B:

En esta zona reconocemos que el entramado discursivo está compuesto por los discursos de:

- Fander
- Falú
- Fander y Falú
- Gieco y el grupo

A diferencia de la anterior, encontramos diversidad en las texturas. Por momentos los discursos de Fander y de Falú siguen sosteniendo la subordinación de Falú hacia Fander, de la misma forma que la zona anterior pero con la materia sonoro-corporal, utilizando la guitarra y el bombo. Sin embargo, por momentos ambos se escuchan y toman lo que hace el otro para componer en conjunto, emergiendo un solo discurso en una textura de complementariedad.

A contraposición de la Zona A, Gieco comienza a componer un discurso sonoro-corporal en donde invita a les demás a participar de él, el grupo desde lo instrumental se suma tomando elementos del discurso de Gieco, componiendo así un discurso en complementariedad, que se sostienen brevemente pero repetidamente a lo largo de los encuentros.

■ Zona B'

En esta zona emerge del entramado discursivo un discurso, en el que participan tanto residentes como practicantes y cada uno aporta un rasgo identitario al mismo, reconociendo así una textura de complementariedad. Desde su singularidad, componen en conjunto un mismo discurso a partir de una materia verbal, con el objetivo de organizar la peña de musicoterapia.

- Dimensión 2: La Peña

Nivel de la Materia

La peña fue organizada por estudiantes de 4to año de la Lic. en Musicoterapia, participaron de ésta todos los talleres de musicoterapia que se llevaban a cabo en la institución. Se invitó a preparar canciones para tocar y bailar junto a todo el hospital a modo de peña. Se armó un repertorio en donde cada taller presentaba dos o tres canciones, intercalando cada uno de ellos.

Con el taller de “Ritmos y canciones” preparamos tres temas, en donde acordamos que las que iban a dirigir al grupo eran las estudiantes de musicoterapia, aunque se venía ensayando que dirijan diferentes residentes. Estas eran: “Solo le pido a Dios” de León Gieco, “Todo cambia” del autor Julio Numhauser, interpretada por Mercedes Sosa y “No me arrepiento de este amor” de Gilda.

Al momento de presentarlas, nos dispusimos todos en el espacio marcado como escenario, Gieco permaneció sentado lejos del grupo, decidió no acercarse. Repartimos todos los instrumentos que había elegido cada uno para tocar y comenzamos con “Solo le pido a Dios” con la dirección de Practicante n°1, seguimos con “Todo cambia” dirigido por Practicante n°2 y por último el taller cerró con “No me arrepiento de este amor” dirigido por Practicante n°2; cabe aclarar que las presentaciones se fueron intercalando con los diferentes grupos que participaron.

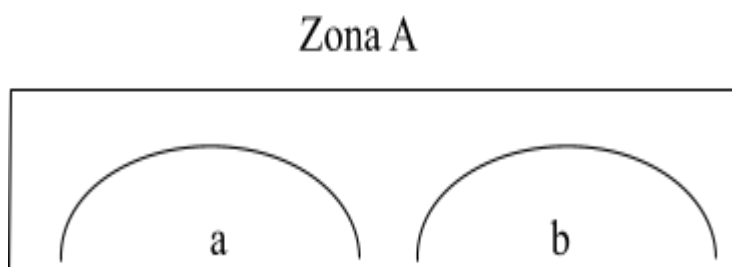
Luego de la presentación de las canciones se abrió al momento peña, en donde quien lo desee podía cantar. Tanto residentes como estudiantes de Musicoterapia cantaron para todo el hospital, invitando al público a bailar chacareras, zambas y chamamés.

Se finalizó cantando 2 canciones en conjunto, primero una cumbia y por último el Himno Nacional Argentino. Luego de las presentaciones nos despedimos y dimos cierre a todo el año de prácticas.

Nivel de la Forma:

Plano A: zonas, momentos

A partir de lo desarrollado en el nivel de la materia, distinguimos una zona que llamaremos “A” compuesta por dos momentos “a y b”, teniendo como criterio de distinción los cambios en las configuraciones discursivas de los residentes, las cuales marcan una diferencia que no genera un quiebre en lo que venía sucediendo.



■ Zona A:

Momento a:

En el primer momento se presentaron las canciones de cada uno de los talleres. Se dispuso un sector del salón como escenario y los residentes participantes de los talleres se sentaron en un gran semicírculo mirando hacia el público. Esta disposición hacía que no estén juntas las residentes del mismo taller, ya que al ser muchos, quedaban distanciadas.

Al momento de presentar lo trabajado, los residentes se mostraron nerviosos, notando diferencias en la interpretación. Algunos se sentaron fuera de la ronda que marcaba el límite del escenario. Los residentes participaban en varios talleres de musicoterapia, como Fander, quien tocó la guitarra en la mayoría de las canciones. Además, los estudiantes invitaron al público a unirse para cantar y tocar, repartiendo las letras de cada canción.

Momento b:

Luego de presentar todo el repertorio, les estudiantes inauguran el momento “peña”, disponiendo el espacio para que todos puedan bailar y tocar canciones folklóricas. Aquí notamos pequeñas diferencias en las configuraciones discursivas de los residentes.

Continuamos viendo la dispersión y nerviosismo de los residentes participantes del taller de los lunes. El grupo comenzó a aumentar de a poco el volumen de su tocar, sobre todo Fander y Falú, quienes estaban tocando con los estudiantes.

Plano B: Config. Discursivas

■ Zona A:

Momento a:

- Fander configuró un discurso sonoro con la guitarra, tocando el acompañamiento de las canciones aprendidas a una alta intensidad y densidad rítmica y a un pulso inestable. Los demás participantes lo seguían.
- Falú configuró un discurso sonoro tocando el bombo, este aparecía de forma intermitente, a una intensidad media, con muchos silencios en su composición.
- Gieco: Permaneció sentado lejos de sus compañeros, fuera de la ronda. No tocó ningún instrumento.

Momento b:

- Gieco de a poco comienza a mirarnos y tomar algunos ritmos propuestos por los estudiantes, configura un discurso sonoro-corporal desde los gestos y el golpe de una nota del instrumento ovni repetitivamente en una intensidad media, intercalando con silencios.

- Fander continúa tocando la guitarra, configurando un discurso sonoro-corporal que acompaña las canciones cantadas por los estudiantes, este continúa con un pulso inestable y una intensidad alta.
- Falú en este momento en donde las canciones no son las ensayadas, toca el bombo junto a una estudiante, configurando un discurso en conjunto, componiendo una base rítmica que contiene elementos de la danza Chacarera.

Plano C: Texturas

En esta zona reconocemos en el primer **momento “a”** los discursos de:

- Gieco
- Fander y Falú

Aquí prevalecen las texturas en subordinación e independencia.

Fander compone un discurso en donde Falú vuelve a participar de él, desde una dependencia hacia las acciones de Fander, tomando como sosten discursivo todo lo que hacía él, si Fander no participaba, se desconfiguraba el discurso de Falú, sosteniendo una textura en subordinación.

Gieco no participó musicalmente de la presentación, manteniéndose sentado lejos del escenario, no se relacionaba con los demás discursos del grupo y su discurso no mostraba ningún elemento de la composición grupal, manteniendo una textura en independencia.

En el **momento “b”** emergen los discursos de:

- Falú y estudiante
- Fander
- Gieco
- Gieco y el grupo

Se sostienen diferentes texturas que van cambiando a lo largo de la peña.

Por un lado, Falú configura un discurso rítmico junto a una estudiante, escuchando lo que hace cada uno y componiendo en conjunto una base rítmica, en una textura en complementariedad.

Fander también configuró su discurso junto a los estudiantes, en una textura de subordinación hacia ellos, necesitando de los jóvenes para poder sostener su producción discursiva. Mientras tanto, Gieco comenzó a relacionarse con los demás discursos, tomando diferentes elementos de ellos para componer el propio, necesitando apoyarse en el discurso de los estudiantes para producir el suyo.

Mapa de las Construcciones de sentido:

En este Mapa tomaremos lo analizado en el “Mapa de la Experiencia” para construir sentido a partir de lo que se nos muestra allí. A lo largo de esta investigación, analizamos cómo cada residente configuraba discursos y cómo éste formaba parte de la red discursiva propia del Taller de Musicoterapia de los días lunes. Observamos puntualmente en la *Dimensión 1 “Zona A”* y en la *Dimensión 2: “Zona A”*, la aparición de huellas manicomiales en las posiciones que cada adulto mayor mostraba en el grupo. Estas evidencian formas de restricción y captura de los sujetos, así como del tiempo, el espacio y sus cuerpos, formas impuestas por el dispositivo manicomial. A partir de la *Zona B* en la *Dimensión 1*, con la improvisación, composición de canciones y la aparición de la figura del director musical, reconocemos otras posiciones que marcan una diferencia a lo vivenciado anteriormente, diferencia que generó las condiciones de posibilidad para que los participantes transiten el taller alejándose de las formas del dispositivo.

Según lo presentado en la *Dimensión 1 “Zona A”*, detectamos como relevante la posición de Fander, la cual le dio determinada forma a la dinámica grupal, dejando ver los alcances de lo manicomial dentro del taller. Sospechamos que la posición que ocupaba Fander en relación al grupo, responde a un saber-poder sostenido por ambas partes. Este mantenía y reafirmaba su lugar de saber musical, realizando juicios estéticos, interrumpiendo y dando órdenes por encima de las conversaciones y acuerdos grupales. Esto provocó que todos sus compañeros respondieran exclusivamente a él, construyendo un lugar de saber que favorecía la individualización y exclusión del otro, generando conductas de imitación de acciones, distanciándose de los compromisos y propuestas grupales. Podemos percibir en el discurso del sujeto, la construcción de un espacio segurizante, que se repite y se sostiene en el tiempo. Esto se análoga de cierta forma a la información recolectada, donde se manifiesta como

relevante la subordinación del grupo hacia su discurso; en todos los lugares que él ocupa, se sostiene esta posición.

Ante esta dinámica grupal, irrumpe en el taller lo relatado en la *Dimensión 1: Zona A*. Chalcha interviene en el encuentro comentando los hechos sucedidos fuera de este, dejando en evidencia las censuras de la institución y cómo esta ordena los cuerpos, poniendo límites en el cotidiano de cada adulte mayor y restringiendo el acceso a actividades según criterios varios, como los antecedentes previos al ingreso al hospital o la conducta del residente. De este modo sujetando al sujeto al orden institucional.

En el momento mencionado, Chalcha cambia el modo en el que venía componiendo su discurso y habilita a que les demás escuchen y construyan en conjunto, haciendo posible la desterritorialización de las sujeciones institucionales y del espacio segurizante construido, reterritorializándose con pequeñas diferencias que inauguraron nuevas formas de producción. Así, se corrió de la Zona A, dando lugar a un nuevo momento y a la transición hacia la Zona B, aperturando a nuevas redes discursivas.

Percibimos estas diferencias como líneas de fuga que transversalizaron ese espacio, fuga de esas configuraciones y de esas formas de vínculo, que generaron nuevas formas, que fueron posibles de sostener por el grupo acompañada por todos los participantes del espacio. Comprendiendo que la fuga "... siempre es deriva desde un territorio subjetivo disciplinado, entonces, esa desterritorialización es una disolución de un formato de sujeto, forma de producción, forma de disciplina de vínculos en/del mundo" (Rodríguez Espada, 2016, pág 26).

Tomando este acontecimiento⁴ como la posibilidad de aperturar a nuevos sentidos, comenzamos a sostener momentos de improvisación libre tomando canciones conocidas por

⁴ "Lo activo y lo pasivo: pues el acontecimiento, al ser impasible, los cambia tanto más cuanto que no es no lo uno ni lo otro, sino su resultado común (cortar-ser-cortado). La causa y el efecto: pues los acontecimientos, al no ser sino efectos, pueden, los unos con los otros, entrar mucho mejor en funciones de casi-causas o en relaciones de casi-causalidad siempre reversibles (la herida y la cicatriz)." (Deleuze, 1969, pág 11)

el grupo, para posibilitar situaciones en donde no prime el saber musical como disciplina académica, propiciando la producción de otros discursos, de nuevas estéticas.

En el circular este territorio aparece como herramienta la improvisación libre, lugar donde confluye la deconstrucción del saber. Es decir, aparece el arte como posibilidad; espacio donde no está puesto como condición el “saber tocar”. Donde aparece la consigna como invitación, no como obligación. (...) (Pignalberi, 2020, pág, 17)

El corrimiento del saber, el surgimiento de otras posibilidades, dio lugar a nuevas condiciones de posibilidad para los participantes del taller y la relación entre ellos dentro y fuera del espacio. A partir de lo narrado en la Zona B de la Dimensión 1, podemos decir que la Improvisación Libre habilitó a explorar otras formas de ser, estar y vincularse, alejándose de formas instituyentes que producen padecimiento. Es así como reconocemos el movimiento de Fander en esta Zona, en dónde, dentro del territorio de la improvisación compuso una letra que manifestaba las disconformidades con la institución, recolectando conversaciones previas con sus compañeros. Hipotetizamos que Fander, desde sus condiciones de reconocimiento, hace uso de su posición dentro y fuera del grupo, para construir y dar voz a un sujeto colectivo, que no se rige por la dependencia hacia él, sino que propicia la multiplicidad de discursos y la convivencia en la red discursiva.

Por lo tanto sostenemos que,

La intervención clínica en Musicoterapia es una propuesta/apuesta por el otro. Una invitación a un vínculo. Para ello acaso sea necesario una producción compartida que comienza con disoluciones disciplinares, con derivas de un orden, desgranamientos, erosiones, errancias, hasta un encuentro en el que el discurso co-construido tiene incidencias en el/los sujetos productores. (Rodríguez Espada, 2016, pág 25)

A partir de este reconocimiento pensamos cómo intervenir para que acontezcan líneas de fuga que puedan ser soportadas y acompañadas por el grupo, que invite a huir de lo que se debe ser, a desterritorializar, salir de este espacio seguro, pero que a su vez desde lo vincular, se pueda construir un nuevo espacio, un nuevo territorio, exponiéndose “(...) a la inauguración de un formato diverso de sujeto. Sujeto en devenir, del que se entra y se sale, o se es y no se es, o al que se va y se retorna. (Rodríguez Espada, 2016, pág 19). Estas intervenciones apuestan por lo otro, por las producciones colectivas y por las formas vinculares que hagan liviano los movimientos de abducción, entendiendo a éste como una analogía formal que propone un desplazamiento de formas; en palabras de Rodríguez Espada, sustituir modalidades vinculares disciplinadas, ampliando las alternativas del sujeto.

Comprendiendo la complejidad de la clínica y de los procesos que allí suceden, es que nos preguntamos por los hechos narrados en la Dimensión 2: Zona A. Por un lado, observamos que las configuraciones discursivas de los residentes son similares a las expuestas en la Dimensión 1: Zona A, volviendo a aparecer las intensidades altas, los destiempos, los silencios prolongados y también la necesidad de depender de alguien del grupo, como puede ser Fander o las practicantes de Musicoterapia. Por otro lado, en este momento varios residentes decidieron no participar, como fue el caso de Gieco, mostrando una gran diferencia en relación a lo trabajado durante el año. Este, quien era uno de los directores musicales del grupo, decidió no ocupar la posición que venía sosteniendo en el taller, limitándose a pequeñas intervenciones musicales a un volumen y densidad rítmica disminuida. Reconocemos esto como un retorno a posiciones que traen consigo huellas de una lógica institucional, que regulaba la participación de cada residente y reafirmaba el orden establecido por el hospital.

Sospechamos que los movimientos que se dan en el evento 'peña' ocurren también debido a la distancia espacial que cada residente tenía con su compañera, así como también

por los miedos y nerviosismos que aparecen al momento de exponerse al público general del hospital (familias, adultos mayores y profesionales). Se generaron ciertas incomodidades al mostrar las posiciones que ocupaban en el taller y así evidenciar las diferencias que estas presentan, visibilizando los cambios y desplazamientos que cada uno sostuvo durante el año.

Podemos hipotetizar que estos movimientos ubicaron nuevamente a los adultos mayores en un lugar de objeto de cuidado y residencia, corriéndose y corriéndolos de su lugar de sujetos productores. A partir de detectar la posición del grupo, los estudiantes se mantuvieron más cerca de los residentes para acompañarlos musical y corporalmente en lo que llamamos '*momento b*'. Ubicándose en este lugar, para sostener este momento desde el vínculo, comprendiendo que este posibilita movimientos de abducción a otros territorios, inaugurando nuevas formas que se distinguen de las instituidas.

Conclusión:

Este recorrido apuntó a problematizar y analizar, dejando de lado los juicios de valor, las múltiples dimensiones que atraviesan a los residentes del Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, con el fin de abrir nuevas posibilidades de transitar la institución. Ahora bien, luego de recorrer todo este camino, trataremos de aproximarnos a un posible cierre, buscando seguir inaugurando nuevas preguntas y alternativas.

Pudimos observar cómo en el HGPR operan las lógicas institucionales, reconociendo ciertos discursos que revelan la presencia de huellas manicomiales, que se configuran como dispositivos de control sobre los sujetos. Esto nos lleva a preguntarnos: ¿por qué emerge tan fuertemente el dispositivo manicomial en una institución hospitalaria geriátrica? Si bien ambas instituciones, el hospital geriátrico y el manicomio, tienen fines distintos, una dedicada al cuidado y la otra al control, observamos similitudes en las prácticas de control y regulación que perpetúan estas huellas. Estas formas institucionales comunes fueron las que, al detectarlas, impulsaron esta investigación.

En este contexto, lo manicomial se manifiesta como un mecanismo de control que concibe al sujeto como un objeto de cuidado, clasificándolo y regulándolo según normas preestablecidas. Este poder disciplinario captura los comportamientos de los residentes, como se observa en el caso de Chalcha, donde la censura actúa como castigo, y en los discursos de Fander, que revelan un poder verticalista y controlador. Estas prácticas impactan directamente en la salud de los adultos mayores, cristalizando posiciones, construyendo espacios seguros que propician la estaticidad.

Sin embargo, el taller de musicoterapia irrumpió como una diferencia significativa, creando un espacio colectivo donde surgen nuevas formas de relación y de construcción cotidiana dentro del hospital. En este territorio, la musicoterapia se revela como una disciplina que habilita prácticas humanizantes y de cuidado, reconociendo a las personas

mayores como sujetos productores y de derecho, habilitando a fugar de la posición de sujeto institucionalizado. Estas características del taller nos permiten retomar lo dicho sobre la composición del hospital y la diversidad que lo atraviesa. Esta diversidad puede entenderse no sólo en relación con los sistemas de dominación mencionados anteriormente, sino también desde otro sentido: es esta misma diversidad la que otorga movimiento al taller, reconociendo esas diferencias como potencia que enriquece lo cotidiano, dando lugar a la alternancia y a la posibilidad de fugar de un territorio estático.

La composición e improvisación de canciones generaron las condiciones de posibilidad para que el grupo se re-posicione, construyendo un nuevo territorio que se corre de lo establecido. El taller y sus formas se integraron a la rutina de cada participante, ofreciendo un espacio donde cada persona podía acercarse y elegir ocupar una posición, componer un discurso y participar de la construcción colectiva. Este brindaba la posibilidad de explorar los deseos singulares y colectivos, construyendo formas discursivas, que el grupo sostenía y continuaba componiendo. Este espacio se consolidó, ya que el taller y los movimientos que allí acontecieron, fueron sostenidos desde la potencia del arte y desde la construcción de un vínculo. Aunque no se lograron cambios estructurales en lo institucional, se generaron movimientos que dejaron huellas diferenciadoras en la lógica imperante. No obstante, las lógicas institucionales, como se evidenció en la Dimensión Peña, continuaron manifestándose y resistiendo cualquier posibilidad de transformación, incluso ante propuestas alternativas.

De tal manera, podemos decir que la musicoterapia nos invita a cuestionar los órdenes impuestos y a desafiarlos desde la alternativa y posibilidades del arte, facilitando la aparición de nuevas líneas de fuga que transformen el espacio y posibiliten nuevas formas de discurso y de relación. Así pues, reconocemos que, a través de los movimientos de desterritorialización-reterritorialización, se inauguran nuevos sentidos, otras formas de

organización y de relación que escapan de las lógicas de control del dispositivo, dando lugar a poder construir una identidad colectiva dentro del espacio.

En este sentido, reconocemos que fue posible que el espacio de musicoterapia ocupara este lugar para les residentes, gracias a los antecedentes de la misma en la institución: prácticas, talleres y peñas, sostenidos desde el trato amable y la apuesta por la potencia del sujeto. También por el paradigma epistemológico de la disciplina, la improvisación libre como territorio que hace posible posicionarnos y vivenciar el espacio clínico como un espacio de libertad.

Es por ello, que consideramos fundamental construir y ocupar una posición ético-política, desde la percepción compleja del sujeto y el contexto, que nos permita cuestionar las dinámicas de poder y dominación que afectan a les residentes y profesionales. Como es el caso del HGPR, un lugar pensado para alojar vejez que, por momentos, adopta lógicas de encierro, pero en donde es posible propiciar nuevas formas de encuentro.

Como finalización de este recorrido, invito a seguir preguntándonos por las huellas que nos atraviesan y las lógicas que nos ordenan, alzando la voz en la lucha por la desmanicomialización y los derechos humanos. Continuemos apostando por lo colectivo, aunque parezca un camino sin posibilidades, especialmente en estos tiempos y bajo gobiernos que buscan segregarnos e invisibilizarnos. Sostengamos, desde el arte y su potencia, encuentros en donde queden huellas, huellas nuevas que nos hablen de los vínculos, del deseo, de las vivencias y de los nuevos sentidos que inaugura la musicoterapia.

Agradecimientos:

Este trabajo finaliza agradeciendo a quienes lo hicieron posible, a quienes acompañaron, invitaron e inspiraron para que hoy se formalice una parte de este camino que fue, sin dudas, colectivo.

Gracias a Gieco, Chalcha, Fander, Falú y a todes les participantes de “Ritmos y Canciones” por hacer de esta práctica un lugar de encuentro, por preguntar por qué cantamos.

Gracias a mi tutora por contagiar su entusiasmo, por sostener e impulsar cada palabra.

Gracias a mi familia, por su amor incondicional y su apoyo constante con paciencia y cariño. Gracias por hacer posible este viaje (a Rosario y, quién sabe, a cuántos otros lugares) y por darme lugar a estudiar esta carrera que me ha revolucionado en tantos sentidos.

Gracias a les docentes de la carrera por invitarnos a repensar las formas y cuestionarnos los sentidos, por animarnos a llevar la bandera con compromiso y deseos de cambio, y por apostar siempre a la construcción colectiva.

Gracias a mis querides compañeres, a Les Pollités y Tertuleres, por el inagotable juego, por los interminables debates, mates y brebajes y por compartir tanto lo liviano como lo pesado de estos años.

Gracias a mis querides amigos por la compañía divertida y sensible, por dejarme compartirles mi mundo, por las tantas aventuras y por las huellas que dejan en mí.

Gracias a cada una de las personas que hicieron de este momento que parecía solitario, un colectivo alojador y sensible.

Referencias Bibliográficas

- Achilli, E. (2005). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Argentina. Laborde Editorial.
- Barreto A. (2009) *Algunos aportes de la Musicoterapia para el abordaje interdisciplinario en el área de la Gerontología*.
- Bennardis, M. J. (2002). *De la Dimensión y la Forma*. Tesis de grado. Rosario, Argentina. UAI
- Brienzo, M. (2023) *Musicoterapia y Discursos de la Anormalidad*. Tesis de grado. Rosario, Argentina. UAI
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Ediciones Paidós.
- Deleuze G. (1969) *Lógica del sentido*. Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.
- Delosantos, M. (2017) *Vivenciando movimientos en Musicoterapia, territorio donde encontrar-se: relatos y análisis de prácticas en Musicoterapia con Adultos Mayores*. Rosario, Argentina. UAI
- Edición Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2007). *Discriminación Por Edad, Vejez, Estereotipos Y Prejuicios*. Buenos Aires, Argentina. Presidencia de la Nación.
- Fassio, A. (2007). *La institucionalización de los adultos mayores en la Argentina*. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVIII(443-447), 23. <https://www.algec.org/biblioteca/vertex.pdf>
- Foucault M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Gianoni, D. (2002) *De Abismos y Superficies: relato de un encuentro con la pregunta que interroga sobre el Sujeto*. Tesis de grado. Rosario, Argentina. UAI

- Gutierrez Raia, L. G.(2022) *De la Apuesta al Vínculo*. Trabajo Integrado Final de la Lic. en Musicoterapia. UAI.
- Haesbaert, R. (2004). *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*. Río de Janeiro, Brasil: Bertrand Brasil.
- Kononovich, B., & Saidón, O. (1991). *La escena institucional*. Lugar Editorial.
- Maeyaert, A. (2017). *Del derecho a ser oído*. Argentina. Editorial Último Recurso
- Pignalberi, G. (2020) *Entre viajes y sospechas*. Trabajo Integrado Final de la Lic. en Musicoterapia. UAI.
- Rodriguez Espada, G. (2016). *Pensamiento Estético en Musicoterapia*. Argentina. UAI Editorial.
- Rodríguez Espada, G. (2020). *Pensamiento Estético en Musicoterapia II*. Buenos Aires. Editorial Autores de Argentina.
- Sabbatini M. (2022). *De invenciones y simulacros*. Trabajo Integrado Final de la Lic. en Musicoterapia. UAI.
- Verón, E. (1993). *La Semiosis Social*. Francia. Gedisa Editorial