

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Musicoterapia

Trabajo Final Integrador

Vínculos posibles:

Análisis y relatos de prácticas en musicoterapia con adultos mayores en una institución geriátrica de Rosario.

Ponente del trabajo final: Pia Widovsky

Tutora: Daniela Gianoni

Título a obtener: Licenciada en Musicoterapia

2026

Índice

Resumen 3

Justificación 4

Planteo del problema 7

Objetivos 9

Objetivo general: 9

Objetivos específicos: 9

Marco teórico 10

Vejez 11

Institución 16

Musicoterapia 20

Diseño metodológico 27

Análisis e interpretación del material relevado 30

De la Institución 30

El Espacio de Musicoterapia 33

Presentación del caso 33

Viñetas 35

Viñeta 1: Primeras voces, primeros encuentros 35

Viñeta 2: La música y las canciones 38

Viñeta 3: Ponerle voz 41

Entretejidos 45

Consideraciones finales 52

Bibliografía 54

Resumen

El presente trabajo final integrador se enmarca bajo la modalidad de estudio de caso, y el mismo surge a partir de la experiencia transitada durante las prácticas preprofesionales realizadas en el año 2022 en una institución geriátrica de carácter público de la ciudad de Rosario. En este contexto, el recorrido por la institución en el marco de las prácticas preprofesionales permitió formalizar una mirada sobre la musicoterapia como disciplina que posibilita nuevas formas de encuentro y vínculo entre los sujetos adultos mayores que participaban del taller. Es en el taller de musicoterapia donde emergen nuevas formas de relación, propiciando encuentros entre pares que rescatan aspectos identitarios muchas veces silenciados por la lógica institucional.

Desde esta perspectiva, se toma la experiencia en las prácticas realizadas como punto de partida para analizar lo vivenciado y reflexionar sobre ello. Se incluirá una descripción y un análisis de la institución geriátrica para contextualizar el lugar donde se realizaron dichas prácticas. Se presentarán y analizarán viñetas clínicas que serán recortes significativos del proceso, con el fin de ilustrar cómo la práctica musicoterapéutica generó nuevas condiciones de posibilidad para habitar los vínculos en un contexto institucional.

Justificación

En este trabajo final integrador me propongo investigar y analizar cómo, a partir de la experiencia en prácticas de musicoterapia dentro de una institución geriátrica, emergen nuevas formas vinculares con los adultos mayores institucionalizados que participaron del taller de musicoterapia.

La investigación, de tipo cualitativo con modalidad de estudio de caso, surge durante el quinto año de la carrera de la Licenciatura en Musicoterapia, en el marco de las prácticas preprofesionales realizadas durante el año 2022 en una institución geriátrica pública de la ciudad de Rosario, acompañadas por la cursada de la asignatura Práctica Profesional Supervisada. Lo que motivó el tema de investigación fue la experiencia vivenciada durante las prácticas preprofesionales y la posibilidad de observar cómo y de qué forma se fueron desarrollando los diferentes movimientos vinculares con los sujetos adultos mayores durante el taller de musicoterapia y entre ellas. Fue el recorrido por dichas prácticas el que permitió comenzar a pensar cómo la musicoterapia habilita múltiples posibilidades de vínculo que desafían y amplían los modos de encuentro en estos contextos.

En los primeros encuentros, las dinámicas del taller estaban marcadas por cierta rigidez, entendida como una actitud de espera pasiva por parte de los sujetos que participaban del taller, posiblemente influenciada por las rutinas habituales de la institución, hipótesis que será analizada a lo largo del trabajo. A partir del proceso compartido con los adultos mayores dentro del taller de musicoterapia, surgieron nuevos gestos, nuevas palabras y nuevas miradas que empezaron a delinear otra forma de estar en el espacio entre quienes lo habitábamos.

Durante el desarrollo del taller aparecieron momentos en los que las participantes comenzaron a opinar desde un saber, a proponer canciones y a recordar anécdotas vinculadas

a la música. Estas sutiles expresiones daban cuenta de un deseo de participación y de una implicación distinta a la que habíamos visto en los primeros encuentros.

En este proceso, observé cómo la propuesta musicoterapéutica habilitaba a los adultos mayores a ocupar un lugar distinto, develando que existen otras formas posibles de ser y estar dentro del taller y en la institución. Lejos de imponer, la musicoterapia viene a ofrecer diferentes alternativas de vinculación y participación.

Dentro del taller aparecía la posibilidad de elegir, de expresarse y de ser escuchados. Este proceso de construcción vincular no fue lineal ni inmediato, sino que comenzó a aparecer en pequeños detalles y gestos durante el taller. Estos indicios reflejaban una relación que se construía a partir de la sensibilidad de los sujetos, la vivencia compartida y el reconocimiento mutuo.

Los adultos mayores que viven en instituciones suelen transitar dinámicas cotidianas regidas por ciertas normas y ritmos que influyen en su modo de habitar el espacio y de sostener su propia subjetividad. En algunos casos, deben dejar atrás sus hogares, pertenencias y vínculos afectivos, enfrentando además estigmas sociales asociados a la edad, la enfermedad, el deterioro o la dependencia. Este contexto puede tender a ubicarlos en un lugar pasivo, donde a veces son percibidos principalmente desde sus necesidades de cuidado, antes que desde sus capacidades y potencialidades como sujetos activos.

En este escenario, la musicoterapia convive con los modos de abordaje e intervención de las instituciones y se presenta como una propuesta que introduce miradas diferentes sobre el encuentro con los adultos mayores. Una mirada que reconoce a un sujeto de derechos, con historia, deseos, capacidades y potencias.

En este sentido, este trabajo final integrador busca indagar cómo la práctica musicoterapéutica puede ofrecer nuevas posibilidades en la forma en que se construyen los vínculos dentro de una institución geriátrica mediante la promoción de encuentros desde la

posibilidad, la sensibilidad, y la construcción de espacios de reconocimiento tanto a nivel individual como a nivel colectivo, sosteniendo una práctica que se construye desde lo verbal, lo sonoro-corporal y lo artístico.

Planteo del problema

Este trabajo final integrador se construye a partir de la experiencia transitada durante las prácticas preprofesionales realizadas en un hospital geriátrico público de la ciudad de Rosario.

En este contexto institucional donde predomina una lógica asistencial centrada en la atención de necesidades básicas[1], la práctica musicoterapéutica se insertó como una propuesta que complementó dicha lógica, posibilitando la aparición de nuevas formas de encuentro que convivieron y dialogaron con las dinámicas institucionales ya existentes.

A lo largo del taller de musicoterapia, lo sonoro-corporal y lo verbal, así como la dinámica grupal, habilitaron la construcción de vínculos atravesados por la sensibilidad, el reconocimiento mutuo y la participación activa de los adultos mayores. Estos modos de expresión pusieron en tensión la distribución de roles y lugares previamente asignados, promoviendo una presencia más activa de quienes habitan la institución.

La observación y el análisis de esta experiencia plantean la necesidad de interrogar cómo se constituyen los vínculos en el contexto de una institución geriátrica, qué lugar se les otorga a los adultos mayores dentro de ese entramado y de qué manera una práctica clínica como la musicoterapia puede habilitar transformaciones vinculares, subjetivas e institucionales.

En este marco, el problema de investigación se formula a partir de una tensión entre la lógica asistencial centrada en la atención de necesidades básicas y las posibilidades que emergen en el espacio musicoterapéutico para habitar otros lugares de sentido, expresión y relación.

De esta manera, la pregunta que orienta el presente trabajo es:

[1] Por "atención de necesidades básicas" se entiende la cobertura de cuidados esenciales para la vida cotidiana de los adultos mayores, incluyendo salud, alimentación, higiene, movilidad y seguridad.

¿Qué nuevas formas de vinculación emergen entre los adultos mayores en el taller de musicoterapia dentro de una institución geriátrica pública, y de qué manera estas experiencias dialogan con las dinámicas institucionales preexistentes?

Objetivos

Objetivo general:

- Analizar las prácticas preprofesionales de musicoterapia desarrolladas en una institución geriátrica pública de la ciudad de Rosario, indagando cómo la propuesta musicoterapéutica habilitó nuevas formas de encuentro y vínculo en adultos mayores en el contexto institucional.

Objetivos específicos:

- Analizar cómo emergieron nuevas formas de encuentro y vinculación entre los adultos mayores dentro del taller de musicoterapia.
- Indagar de qué manera las dinámicas propias de la institución repercuten en la construcción de encuentros y vínculos de los adultos mayores en un hospital geriátrico público.

Marco teórico

Para el desarrollo de este trabajo, se tomaron como referentes conceptuales los siguientes conceptos: **vejez, institución y musicoterapia.** Dichos conceptos sirvieron tanto de base teórica como de aporte metodológico para abordar y comprender la práctica musicoterapéutica realizada en el contexto específico del hospital geriátrico.

Es importante destacar que ningún concepto fue trabajado de forma aislada. Al momento de realizar el estudio de caso, se llevó a cabo un análisis profundo que implicó la interrelación constante entre estos conceptos. La vejez, entendida no sólo como un proceso biológico sino también como una construcción social y cultural; la institución, entendida como un espacio con dinámicas, normas y relaciones de poder que influyen en la experiencia de los adultos mayores; y la musicoterapia, concebida como una práctica estética, clínica y social Dichos conceptos se entrelazan para ofrecer una mirada integral y compleja del fenómeno a investigar.

Este enfoque permitió situar la práctica musicoterapéutica en un marco que reconoce la multiplicidad de factores que atraviesan la vida y los vínculos de los adultos mayores institucionalizados, enriqueciendo así la comprensión de los procesos y experiencias emergentes durante la intervención.

Vejez

> "(…) la vejez sólo puede ser entendida en totalidad; no es sólo un hecho biológico, sino un hecho cultural"
>
> (De Beauvoir, 1970, p. 20)

Me parece importante comenzar este apartado definiendo el concepto de vejez. En el texto "Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios" publicado por el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI 2017), se define a la vejez desde una perspectiva biopsicosocial, es decir, desde un enfoque integral que considera la interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de un sujeto. Esta perspectiva cuestiona la concepción tradicional de salud entendida como ausencia de enfermedad, proponiendo una mirada más integral, que la concibe como un estado complejo, dinámico y subjetivo, influenciado por múltiples factores interrelacionados, entre ellos los vínculos, el entorno y las diferentes posibilidades de habitar su propia vida.

- El envejecimiento biológico se refiere a la transformación que sufre el cuerpo a nivel orgánico, a partir de la declinación de la frecuencia de reproducción de las células y la pérdida de aquellas que no se regeneran. Se trata de un proceso natural y que no constituye enfermedad; el envejecimiento físico es una consecuencia de él, y a veces repercute negativamente en las personas.
- El envejecimiento psicológico está determinado por la transformación de la habilidad motora, sensorial, mental, la personalidad, las motivaciones, sensaciones e impulsos.
- El envejecimiento social está vinculado al ámbito social y a las actividades e interacciones que en él se desarrollan. El medio social demarca el significado de la

> vejez en la vida de las personas, lo cual influye en la experiencia negativa o positiva de esta etapa. (INADI, p. 7)

Es desde esta mirada biopsicosocial que concebimos la vejez: de forma integral, teniendo en cuenta la mayor cantidad de factores posibles que la atraviesan. En nuestra práctica, reflexionamos y cuestionamos éticamente los supuestos que aparecen en torno a la vejez, partiendo del reconocimiento de que todos los adultos mayores tienen la capacidad y el derecho a explorar nuevas vivencias, respetando siempre sus tiempos y posibilidades.

Hablar de vejez no implica referirse a una realidad homogénea ni universal. Por el contrario, existen múltiples formas de transitar esta etapa de la vida, tantas como adultos mayores existen. No hay una sola vejez, sino vejeces, atravesadas por la historia singular de cada sujeto, su contexto social, económico, cultural, afectivo y político.

La vejez representa una construcción histórica, social y cultural, en la cual cada sociedad establece y otorga significado a las diversas etapas de la vida. Transitar esta fase es complejo, ya que implica una interacción constante con factores biológicos, psicológicos y sociales, que están dentro del proceso de envejecimiento experimentado por cada adulto mayor en particular.

En muchas ocasiones, se observa una tendencia hacia la generalización de problemáticas relacionadas con los adultos mayores o a suponer la vejez como sinónimo de enfermedad, por ejemplo, asumiendo que los adultos mayores experimentan problemas de salud o trastornos cognitivos, como si “viejo” fuese sinónimo de enfermo.

Concebir a los adultos mayores desde la generalización de problemáticas y desde la incapacidad implica dejar de lado sus posibilidades y potencias. Estas representaciones no solo estigmatizan las múltiples y diversas formas de envejecer sino que además pueden ser interiorizadas por los mismos adultos mayores, que llegan a percibirse a sí mismos bajo estos

mandatos sociales. En este sentido, resulta fundamental revisar los discursos que construyen una imagen estigmatizante de la vejez, para habilitar miradas complejas y singulares.

Considero relevante destacar que, al abordar la concepción de vejez, me posiciono dentro de un marco legal que garantiza su protección y promueve el reconocimiento de sus derechos.

La ley 27.360 “Protección de los derechos humanos de los adultos mayores” establece pautas para promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos de los adultos mayores.

Los principios de la Convención son:

- La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor.
- La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo.
- La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor.
- La igualdad y no discriminación.
- La participación, integración e inclusión en la sociedad.
- El bienestar y cuidado.
- La seguridad física, económica y social.
- La autorrealización.
- La equidad e igualdad de género.
- La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria.
- El buen trato y la atención preferencial.
- El respeto y valorización de la diversidad cultural.
- La protección judicial efectiva.

- La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración de la persona mayor, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna.

Los derechos de las personas mayores que protege esta Convención son:

- Igualdad y no discriminación por razones de edad. Queda prohibida la discriminación por edad en la vejez.
- Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez.
- Derecho a la independencia y a la autonomía: se reconoce el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a desarrollar una vida autónoma e independiente, a elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir.
- Derecho a la participación e integración comunitaria.
- Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia.
- Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal.

Si bien en muchas ocasiones estos aspectos suelen pasar desapercibidos, resulta fundamental subrayarlos y tenerlos presentes en nuestra construcción continua como futuros profesionales de la salud. Ante todo, estaremos frente a un sujeto que merece y debe ser reconocido como tal, siempre desde su singularidad. La perspectiva de derechos constituye un posicionamiento ético desde el cual se operará en la clínica y en las intervenciones realizadas.

Brindar un espacio para despliegue de problemáticas, de deseos, gustos, historias, juegos, recuerdos, conflictos, duelos, emociones y sentimientos a través de nuevas formas de expresión es gran parte de nuestra tarea. Favoreciendo, en este sentido, a la expresión, desde un ambiente contenedor, de confianza, desde un ámbito lúdico facilitando la conexión inter e intra-subjetiva. (Actas ASAM III, Jornadas. 2012. p. 9)

Institución

A partir de lo desarrollado en torno a la vejez desde una perspectiva de derechos, resulta pertinente analizar cómo las instituciones inciden en la experiencia de envejecer, en tanto configuran aspectos fundamentales de la vida cotidiana a través de sus normas y lógicas.

El término "institución", en un sentido amplio, se refiere a organizaciones sociales que cumplen funciones específicas dentro de una sociedad y que regulan ciertos aspectos de la vida social a través de normas, valores y roles, como la escuela, el hospital, la familia o el Estado. Dentro de este marco general, algunas instituciones han sido conceptualizadas como "instituciones totales", caracterizadas por un control más riguroso sobre la vida de las personas y la imposición de rutinas y normas que atraviesan múltiples dimensiones de su existencia. Esta distinción permite situar la institución en un marco analítico que facilite la reflexión sobre cómo ciertas lógicas institucionales pueden incidir en la vida cotidiana de quienes la habitan.

El concepto de institución total fue desarrollado por Erving Goffman a fines de la década de 1950, como resultado de su investigación etnográfica en hospitales psiquiátricos. Su formulación responde a la necesidad de describir un tipo particular de institución que, a diferencia de otras organizaciones sociales, abarca y regula todos los aspectos de la vida de quienes la habitan. Es así como el autor define a las instituciones totales como un "lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (Goffman, 1961, p. 13). Estos establecimientos sociales, o instituciones en el sentido corriente, son sitios físicos, habitaciones, edificios o instalaciones, donde se desarrolla regularmente una actividad específica y continua (Goffman, 1961, p. 17).

Las instituciones totales absorben una parte significativa del tiempo y la atención de sus miembros, creando para ellos un mundo propio con tendencias absorbentes que limitan la

interacción con el exterior (Goffman, 1961, p. 18). Esta característica totalizadora se materializa en barreras físicas, como puertas cerradas, muros o alambrados, que dificultan el contacto con el mundo externo y la salida de los miembros.

En la sociedad moderna, el individuo suele distribuir sus actividades diarias, como dormir, jugar o trabajar, en distintos espacios, con diferentes personas y autoridades, sin un plan único que las integre. Sin embargo, en las instituciones totales, esta separación desaparece radicalmente. En la caracterización propuesta por Goffman, todos los aspectos de la vida tienden a desarrollarse en un solo lugar bajo una autoridad única, con un grupo numeroso de personas que suelen recibir un trato similar y participar conjuntamente de actividades organizadas por la institución. Estas actividades suelen estar programadas y coordinadas en una secuencia definida institucionalmente, articuladas en un plan racional diseñado para cumplir los objetivos de la misma.

En la descripción que realiza el autor sobre las instituciones totales, se señala la presencia de una diferenciación de roles entre un grupo de residentes que habitan el espacio institucional, cuyo contacto con el exterior puede verse reducido, y un grupo de profesionales o trabajadores que asumen funciones vinculadas a la organización y coordinación de la vida institucional.

En este sentido, el ingreso a una institución total puede implicar para algunos sujetos una pérdida significativa de control sobre su propia imagen y pertenencias. Goffman señala que, al entrar, la persona es despojada de su apariencia habitual y de los objetos que utiliza para sostener su identidad frente a los demás, atravesando un proceso que denomina “desfiguración personal”, el cual puede afectar su sentido del yo (Goffman, 1961, p. 32).

La conceptualización de instituciones totales desarrollada por Goffman resulta relevante como marco teórico para pensar ciertas dinámicas institucionales en términos generales, sin

que ello implique una correspondencia directa y homogénea con todos los contextos institucionales.

De esta manera, el abordaje de la institución como categoría teórica permite situar a los sujetos en un entramado de relaciones, normas y significados que configuran determinadas formas de habitar dichos espacios.

La licenciada en musicoterapia Rozin (2014) plantea que existen instituciones de encierro "donde los sujetos no dicen, sino que son dichos; donde no hay lugar a la potencia de aquel que se encuentra encerrado; donde la persona no transforma, sino que es transformada", incluyendo dentro de estas configuraciones espacios socialmente legitimados como hospitales psiquiátricos o residencias para adultos mayores. Esta perspectiva permite pensar críticamente ciertos modos de funcionamiento institucional, sin que ello implique considerar que dichas características se presentan de manera homogénea en todos los contextos.

Estas problematizaciones han dado lugar a posicionamientos que buscan revalorizar la singularidad de los sujetos dentro de los dispositivos institucionales. Al respecto, Giménez Moresco (2012) señala la importancia de sostener prácticas orientadas al rescate del sujeto, su identidad y su singularidad, promoviendo procesos de adaptación y socialización entre los residentes.

A partir de lo desarrollado, comprendemos que el paso por la institución no es un proceso neutro ni estandarizado para el adulto mayor. Tal como se ha planteado en relación a las lógicas de las instituciones totales, donde los sujetos son "dichos por otros", surge la necesidad ética de sostener prácticas orientadas a la identidad y la singularidad de los sujetos. Entender la salud como un estado complejo, dinámico y subjetivo, influenciado por múltiples factores interrelacionados, entre ellos los vínculos, el entorno y las diferentes posibilidades de habitar la propia vida, implica pensar a las instituciones como escenarios que pueden habilitar estos movimientos subjetivos. De este modo, es allí donde la musicoterapia se inscribe como

una disciplina posible, con la potencia de favorecer la recuperación de un lugar protagónico en relación con las propias decisiones, habilitando la apertura de nuevas posibilidades. En este proceso, se observa cómo la musicoterapia habilita a los adultos mayores a ocupar un lugar distinto, dando lugar a otras formas posibles de ser y estar tanto en el taller como en la institución. Lejos de imponer, esta disciplina propone y ofrece alternativas de vinculación y participación, favoreciendo la aparición de posicionamientos singulares.

Musicoterapia

En relación con lo desarrollado, se vuelve necesario conceptualizar la musicoterapia como disciplina situada en el campo de la salud, en relación con la vejez y las instituciones.

La corriente Pensamiento Estético en Musicoterapia es la que sostiene a este trabajo final integrador, a mis prácticas preprofesionales utilizadas para este estudio de caso y mi posicionamiento formado como futura profesional. A continuación presentaré definiciones de musicoterapia elaboradas por diferentes autores que respaldan y enriquecen esta investigación.

Tomando a la Lic. en musicoterapia An Maeyaert (2017), podría definir a la musicoterapia como una práctica social que soporta un abordaje en salud y una metodología pensada desde el arte. Es decir, la musicoterapia analiza discursos sonoros-corporales, no verbales, realizados por los sujetos que transitan la clínica musicoterapéutica. Considerando al arte como medio de expresión y comunicación, invitando a los sujetos a expresarse desde lo no-verbal, lo sensible y desde una multiplicidad de estéticas posibles.

Como señala María José Bennardis:

> La Musicoterapia desarrolla un campo de conocimiento donde se vincula al Arte y Salud. Concibe al Arte como Discurso que expresa aspectos de lo humano no expresables verbalmente; priorizando como material de estos Discursos al sonido, al cuerpo, al movimiento y sus organizaciones en tanto Discurso. (Bennardis, 2002, p. 10).

En el desarrollo del apartado “musicoterapia” del presente marco teórico, surge la necesidad de detenerse brevemente en dos conceptos que aparecen a lo largo del trabajo: lo artístico y lo estético. Mientras que lo artístico remite a las prácticas y producciones sonoras,

musicales y corporales que se generan en el espacio musicoterapéutico, como el canto, el uso de instrumentos, la improvisación o el movimiento, lo estético se vincula con la dimensión sensible y perceptiva que se pone en juego en esas producciones.

> La estética es una metáfora de la nada, dibujos en el caos. Una estética no es un conjunto de cosas, sino de relaciones, pautas, diferencias cuya validez, o verdad si se prefiere, no es posible probar fuera de ese sistema de relaciones, de vínculos. Es arbitraria y tautológicamente verdadera. (Rodríguez Espada, 2016, p.103)

Desde esta perspectiva, la estética no se limita únicamente a la idea de belleza, sino que puede pensarse como un campo que aborda los discursos artísticos y sus modos de producción. Tal como plantea Rodríguez Espada, "…la definición de Estética como ciencia que estudia los discursos artísticos, o sus sistemas de producción, o lo que sea la belleza…" (Rodríguez Espada, 2001, p. 10).

En este sentido, la dimensión estética permite pensar el hacer artístico no solamente en relación con un resultado final, sino también en relación con el proceso que se despliega mientras se produce. Como señala Gianoni (2002), la estética del arte remite a un hacer que no se enajena en la consecución de un producto, sino en aquello que va siendo mientras se va haciendo, donde la forma se presenta en su darse a percibir: a ver, a escuchar, a tocar y a sentir.

De este modo, en la clínica musicoterapéutica la dimensión estética permite pensar no solo las producciones sonoras en sí mismas, sino también la experiencia sensible que se construye en el encuentro con el sonido, el cuerpo y el movimiento.

Otro de los conceptos clave de esta investigación es el de sujeto. A lo largo del trabajo he hecho mención a este concepto, y Daniela Gianoni nos ofrece la siguiente reflexión sobre cómo se conceptualiza desde la musicoterapia:

> Sospechar sobre el sujeto es re-conocer implícitamente su existencia y al mismo tiempo permitir que la misma se manifieste en el devenir de lo posible. Estas dos instancias, pensadas en simultaneidad, nos enfrentan a una paradoja que encierra el carácter esencial del punto de partida o de culminación de la subjetividad, en tanto aquél re-conocimiento, puesto en el lugar de una mirada, una escucha (otra), le otorga al sujeto su calidad de Ser. Aquello que se inaugura en cada inflexión entre lo producido y la nada. (Gianoni, 2002, p. 23)

En consonancia con lo citado anteriormente, concebimos a los sujetos que transitan la clínica musicoterapéutica como sujetos de derechos, en permanente constitución, activos en sus procesos y atravesados por realidades complejas. Los sujetos están constituidos y atravesados por múltiples discursos sociales, tales como los relacionados con la familia, las construcciones sociales de género y las categorías médicas, como los diagnósticos, entre otros.

Reconocer la incidencia de estos discursos permite pensar al sujeto desde una mirada sensible y situada, habilitando un trabajo clínico que no se orienta a la corrección o normalización, sino a la co-construcción de sentidos. Desde esta posición, los vínculos se convierten en un territorio compartido desde el cual se pueden resignificar experiencias, explorar otras formas de estar y reterritorializar lo vivido en la clínica hacia diferentes contextos, tanto al interior de la institución como en la vida cotidiana de los sujetos, incluyendo el ámbito familiar, los espacios comunitarios y sociales.

En este sentido, siguiendo a Lic. Sofía Rodríguez:

Posicionarnos como musicoterapeutas desde este lugar de aprendizaje mutuo y horizontal permite que todas/os nos pensemos como sujetos capaces de portar y generar conocimientos y saberes a través de una escucha ética que habilite la posibilidad de creación y, por lo tanto, de transformación. (Rodriguez, 2019, p. 13)

Pensar la clínica desde una lógica de horizontalidad y escucha ética nos invita a habitar el encuentro desde la sensibilidad y la apertura a lo que cada sujeto trae. La noción de horizontalidad remite a una forma de organización vincular donde el saber y la participación no se estructuran desde una lógica jerárquica o vertical. En este sentido, "la verticalidad supone una gran influencia de la jerarquía en el funcionamiento de nuestra organización y, por el contrario, la horizontalidad presupone la capacidad de todas las personas de la organización para planificar, organizar, dirigir sus actividades y autosupervisarse" (Juan Carlos De Val Pardo & Manuel Gil Estallo, 2004, p. 184).

En este modo de estar-con, el conocimiento se construye en lo vincular, no como una verdad establecida, sino como un saber que se crea y transforma en la experiencia compartida. En el marco del taller de musicoterapia, esta lógica involucra principalmente a la musicoterapeuta y a los sujetos participantes del espacio, quienes, desde sus posibilidades singulares, intervienen en las decisiones, en las formas de participación y en la construcción del encuentro sonoro-musical.

La práctica musicoterapéutica, entonces, se configura como un espacio de creación conjunta, donde la posibilidad de transformación surge del reconocimiento mutuo y del hacer con otros.

“La musicoterapia tiene como principal objetivo que el viejo descubra, a través de la experiencia expresiva, instancias de posicionamiento propio y formas de transitar distintas las problemáticas con las que puede encontrarse a lo largo de esta etapa.” (Barreto et al, 2007)

Pensar al adulto mayor dentro de la clínica de musicoterapia implica desmarcarse de las miradas que reducen la vejez a una etapa de deterioro, dependencia o pérdida. En muchos contextos institucionales, los adultos mayores suelen ser ubicados en lugares pasivos, infantilizados o alejados de sus deseos y potencias. Esta forma de concebir la vejez condiciona directamente en su vida cotidiana.

Desde una mirada clínica-estética, el adulto mayor atraviesa un espacio donde vuelve a ser concebido como sujeto de derechos. En ese sentido, la clínica musicoterapéutica busca construir un territorio donde lo subjetivo y lo vincular puedan desplegarse. El adulto mayor no es concebido desde lo que “ya no puede”, sino desde lo que puede y desea en el presente.

La práctica se sostiene en el reconocimiento del otro como sujeto de derecho, con saberes propios, con historias y trayectorias que merecen ser escuchadas y puestas en juego. La posibilidad de crear, de habitar un espacio sonoro compartido, de producir, transforma el modo en que los vínculos se construyen en un ámbito como el hospital geriátrico, muchas veces marcado por la rutina y la institucionalización.

Así, la musicoterapia puede generar grietas en el entramado cotidiano, habilitando nuevas formas de ser y estar y vincularse, al facilitar un espacio donde el sujeto puede correrse de patrones habituales y rígidos, promoviendo la exploración de nuevas formas de expresión, identidad y relación consigo mismo y con los otros.

> Desde la Musicoterapia, en tanto profesión que vincula el arte con la salud, se convida al adulto mayor a transitar un espacio de encuentro con uno mismo en un trabajo con modalidad individual y/o grupal. Espacio que propone inaugurar movimiento en

> cuestiones que han sido tomadas y aprehendidas socialmente por el adulto mayor (posibles aspectos que estereotipan o cristalizan y clausuran sus posibilidades de apertura a otras experiencias), para que pueda desplegar plenamente su autonomía, potencial y participación desde la puesta en acción de la creatividad y exploración de recursos sonoro-corporales. (Gasquet, 2016, p. 21)

Este posicionamiento clínico invita a reflexionar sobre la importancia de abordar la vejez desde una perspectiva compleja, que contemple lo singular y evite reducirla a una etapa marcada por el deterioro. En este sentido, pensar en intervenciones que restituyan y reconfiguren la identidad se vuelve fundamental, sobre todo en contextos de institucionalización, donde el desarraigo, la rutina y la pérdida de autonomía suelen profundizar procesos de despersonalización.

Trabajar desde la posibilidad implica reconocer en cada adulto mayor una historia, una voz, un cuerpo y un deseo, apostando a espacios que permitan que eso vuelva a ponerse en juego. La musicoterapia, desde su dimensión sonora, corporal y vincular, habilita territorios expresivos donde es posible recuperar lo propio, deconstruir-construir sentidos, y revalorizar aquello que, en muchos casos, ha sido silenciado.

En estos espacios no solo se busca el despliegue de la expresión individual, sino también propiciar la deconstrucción de miradas sociales que tienden a invisibilizar o infantilizar la vejez. Estas representaciones sociales muchas veces ubican a los adultos mayores en lugares de pasividad o dependencia, limitando sus posibilidades de participación y expresión. En este sentido, el trabajo musicoterapéutico habilita instancias donde el adulto mayor puede reconocerse nuevamente como sujeto activo, con capacidad de crear, decidir y habitar su propio cuerpo desde otras significaciones.

Así, se prioriza la escucha, el reconocimiento y la sensibilidad, como condiciones necesarias para que los adultos mayores puedan recuperar aspectos de su identidad y sostener un lugar singular, incluso en escenarios de encierro o vulnerabilidad.

Desde el espacio de musicoterapia, espacio que pretende sensibilizar y generar reconocimiento a través del trabajo sonoro-corporal, se prioriza recuperar esa historia relegada, así como también poder deconstruir-construir la mirada sobre el propio cuerpo.

En articulación con estos desarrollos, desde la musicoterapia se plantean intervenciones que procuran alejarse de lógicas de imposición o sometimiento dentro de las instituciones. Delosantos (2017) destaca que la invitación a participar en un espacio de musicoterapia no debería constituirse como una obligación, sino como una posibilidad de elección para los residentes, introduciendo así un margen de autonomía dentro de un contexto institucional que puede tender a la regulación de las prácticas cotidianas.

En esta misma línea, Gasquet (2016) señala que el musicoterapeuta invita al adulto mayor a transitar desde la vivencia, brindando la posibilidad de construir tejidos relacionales sin quedar sujeto a formas fijas que condicionen su producción, entendiendo que no existe una única forma de producir, sino múltiples formas posibles. Desde esta perspectiva, se propone un encuadre flexible que considera el aporte de cada sujeto.

En este sentido, la musicoterapia dentro las instituciones se orienta a la construcción de espacios de salud, trabajando en la apertura de posibilidades. Tal como plantea Trossero (2009), la salud puede pensarse como la posibilidad de elegir entre posibilidades; es en ese movimiento donde un sujeto va siendo. Así, la práctica musicoterapéutica busca habilitar esas condiciones, favoreciendo la transformación de dichas posibilidades en el entramado institucional.

Diseño metodológico

El abordaje metodológico será de carácter cualitativo bajo la modalidad de estudio de caso. Esto me permitirá exponer la recopilación de datos más detalladamente sobre los sujetos adultos mayores que participaron del taller, los discursos producidos, la institución y las intervenciones clínicas, intentando así tener una visión crítica y compleja del estudio de caso en cuestión.

> El estudio de caso se puede definir "como una investigación que mediante los procesos cuantitativo/cualitativo y/o mixto; se analiza profundamente una unidad integral para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría" (Hernández Sampieri y Mendoza, 2008).

Como referente empírico tomo al grupo participante del taller de musicoterapia del hospital geriátrico en donde realicé mis prácticas, las anotaciones y registros de cada encuentro, las construcciones teóricas realizadas en la asignatura Práctica Profesional Supervisada, las conversaciones privadas desestructuradas luego y antes de cada encuentro con la musicoterapeuta de la institución y las conversaciones informales con compañeros y profesores en el cursado de la carrera en el 2022.

Las estrategias utilizadas en el campo fueron "la observación participante"; esta posición me permitió producir conocimiento junto con la teoría sobre el caso elegido. Elena Achilli (2005) en su texto "Investigar en Antropología Social", cita a R. Guber siguiendo a Holy (1984), que plantean que: "La observación participante permite recordar, en todo momento, que se participa para observar y que se observa para participar, es decir, involucramiento e investigación no son opuestos sino parte de un mismo proceso de conocimiento" (Achilli, p. 68).

Para el análisis de las experiencias clínicas, retomo parcialmente la metodología desarrollada por Lourdes Gutiérrez Raia en su tesis "De la Apuesta al Vínculo". Selecciono de su propuesta tres instancias de análisis que me permiten organizar y contextualizar el proceso clínico vivido en el taller con adultos mayores:

1) **De la Institución**: descripción de la institución donde se realizaron las prácticas, incluyendo su organización y funcionamiento general.
2) **El Espacio de Musicoterapia**: descripción del taller de musicoterapia, su organización y el grupo de participantes.
3) **Entretejidos**: construcciones de sentido, articulación de la experiencia.

Dentro del nivel de análisis número **2) El espacio de Musicoterapia**, haré una breve presentación del caso, contextualizando el análisis, exponiendo una descripción del grupo (cantidad de participantes y edades) y detalles del taller (horario y días de realización).

Este mismo nivel (**2) El espacio de Musicoterapia**), también contiene las viñetas a analizar, donde adapté los títulos en función de lo vivido en mis prácticas:

Viñeta 1 "Primeras voces, primeros encuentros": se abordarán los primeros contactos con las participantes, los intercambios y las primeras intervenciones.

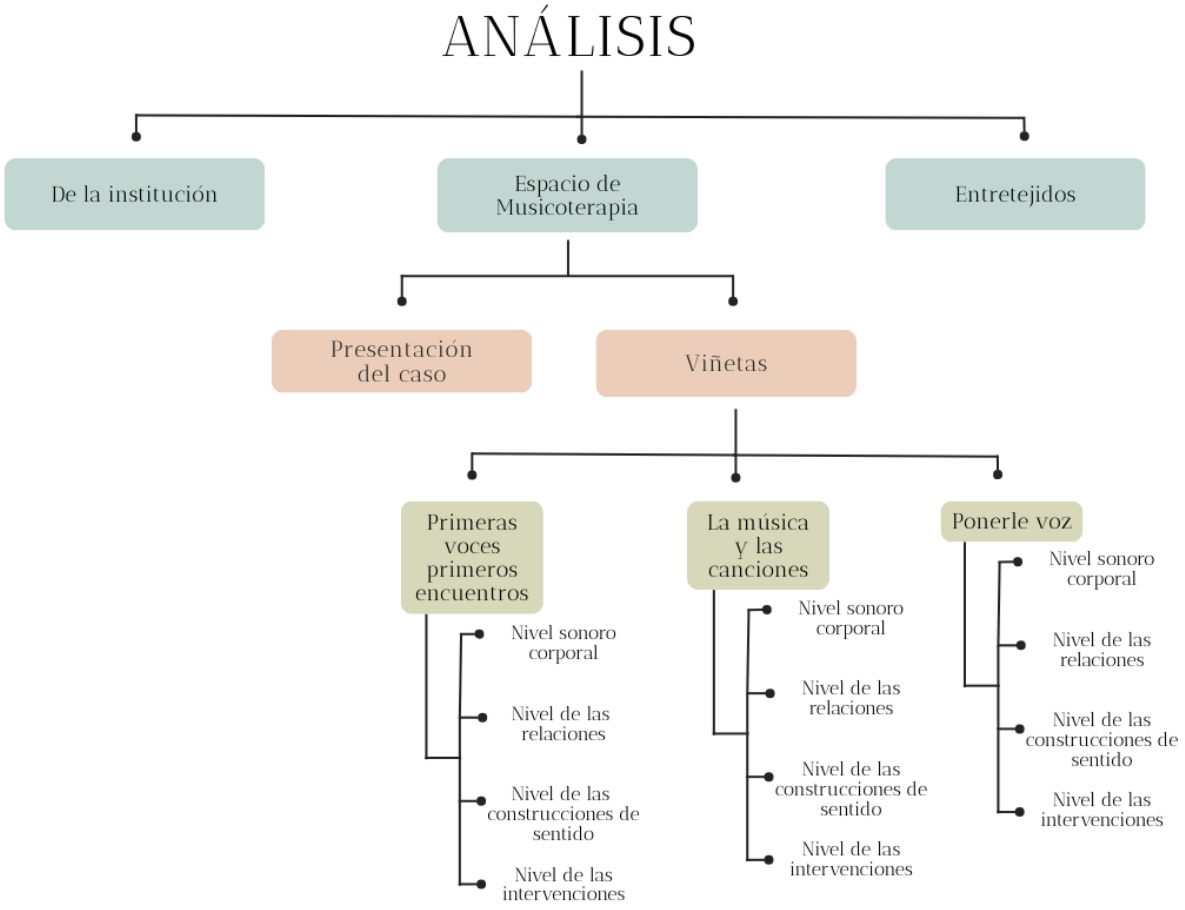
Viñeta 2 "La música y las canciones": se centra en el momento en que a medida que se va consolidando la dinámica grupal, aparece mayor iniciativa por parte de las participantes, que eligen y comparten músicas y canciones, utilizándolas como herramientas para el encuentro, la expresión y la construcción de un espacio grupal.

Viñeta 3 "Ponerle voz": refiere a la instancia en la que las participantes asumen un rol más protagónico en el taller, tomando decisiones, proponiendo ideas y sosteniendo espacios de escucha y debate.

De dichas viñetas, se desprenderán los siguientes cuatro niveles de análisis que plantea la autora:

1) **Nivel sonoro-corporal**
2) **Nivel de las relaciones**
3) **Nivel de las construcciones de sentido**
4) **Nivel de las intervenciones**

A continuación, presento un esquema que explica la organización metodológica:



Análisis e interpretación del material relevado

De la Institución[2]

El Hospital Geriátrico donde elegí realizar mis prácticas está ubicado en la ciudad de Rosario y fue inaugurado en 1889 por la Sociedad de Beneficencia Rosario para dar asilo a enfermos mentales crónicos y mendigos. Originalmente conocido como el "Asilo de dementes y mendigos del sagrado corazón de Jesús", cambia su nombre en 1943 a "Hogar de ancianos". En 1978, durante la Dictadura Militar, se estableció un convenio definitivo entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y la Sociedad de Beneficencia, siendo renombrado como "Hospital Geriátrico…" mediante el Decreto N° 416/78.

A partir de 1993, el poder Ejecutivo promovió un nuevo sistema de autogestión, lo que permitía la formación de servicios y prestaciones organizados de la siguiente manera: Dirección, Administración Organizativa, Oficina Administrativo-Contable, Oficina de Recursos Humanos, Servicio Social, Servicio de Estadísticas.

Más tarde, en 1998 se introdujeron nuevos servicios destinados a la comunidad, que incluyeron: Servicio de Fisiatría y Rehabilitación, Consultorio Externo de Enfermería, Unidad de Cuidados Paliativos, Consultorio Externo de Médicos, Servicios de Salud Mental, entre otros.

[2] Información extraída de la autora Yanina Alejandra Kuzmicich en su Trabajo Final Integrador "Interferencias" Creación de Micros Radiales para la participación y comunicación de Adultas/os mayores en contexto de Pandemia por Covid-19.

El Hospital es una institución que pertenece al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, clasificada como Hospitales Especiales. Los objetivos de la institución son:

- Respetar la singularidad de los residentes y fomentar la transparencia, claridad y eficiencia en los proyectos institucionales
- Garantizar el respeto y la promoción de los derechos de los residentes
- Impulsar actividades educativas que permitan desarrollar nuevas estrategias para abordar las problemáticas
- Cuidar la salud integral de los residentes
- Facilitar el contacto social entre los residentes
- Participar en colaboraciones intersectoriales e interinstitucionales para diagnosticar y resolver problemas
- Desarrollar actividades y talleres que promuevan el desarrollo personal de cada residente

Dentro del Hospital operan seis departamentos, conforme al DECRETO 4970/72 ART. 19, que aseguran el funcionamiento organizado de la institución:

- Departamento de Estadísticas.
- Departamento de Finanzas
- Departamento de Mantenimiento y Limpieza
- Departamento de Salud Mental (integrado por Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría, Musicoterapia)
- Departamento de Enfermería
- Unidad de Física y Rehabilitación

En su sistema organizacional y funcionamiento general el Hospital cuenta con:

- Médica/o en cada sala
- Guardia médica
- Consultorio externo: (clínica geriátrica, cardiología, oftalmología, Podología, Reumatología, Psiquiatría, Nutrición, Odontología, Fisiatría, kinesiología)
- Farmacia
- Laboratorio
- Vacunatorio
- Servicio Generales (mantenimiento, suministro y ropería)

Además, funcionan los siguientes Comités:

- Comité de Docencia e Investigación
- Comité de Admisión
- Comité Cultural "Arte y Salud".

La institución cuenta con 180 residentes que se dividen y viven en 11 salas, algunas mixtas y otras exclusivas para hombres y mujeres. Llamadas: Santa Ana (mujeres), Santa Margarita (mujeres), Santa Inés (mujeres), Marull I (hombres), Marull II (hombres), Rueda (hombres), Sagrado corazón (hombres), San Juan (hombres), Santa Rita (mujeres y hombres), Unidad de Cuidados Paliativos (mujeres y hombres), San Ignacio: sala de aislamiento (mujeres y hombres, espacio que durante las prácticas funcionaba con esta modalidad y que, tras la finalización de la pandemia por COVID-19, pasó a utilizarse como vacunatorio.).

El Espacio de Musicoterapia

El taller de musicoterapia se realizó en una sala común mixta, seleccionada en conjunto con la musicoterapeuta de la institución, dado que algunos residentes mostraban un interés particular por la música y las propuestas artísticas. El taller se presentó como una propuesta que ofrecía un espacio de encuentro y vinculación entre las participantes.

Presentación del caso

El caso a investigar es sobre un grupo de seis mujeres que participaron del taller de musicoterapia, en un hospital geriátrico en la ciudad de Rosario en el año 2022, de abril a noviembre de dicho año, los días lunes de 9hs a 12hs.

El taller de musicoterapia transcurría en una sala mixta, donde convivían hombres y mujeres; dicha sala fue elegida para llevar a cabo las prácticas junto con la musicoterapeuta del hospital. Cabe aclarar que, al momento de la realización de las prácticas, la sala tenía esta modalidad mixta, aunque actualmente funciona como sala destinada exclusivamente a mujeres.

Las participantes del taller eran 6 mujeres que participaban voluntariamente; algunas de ellas presentaban deterioro cognitivo, como dificultades para ubicarse en tiempo y espacio y para expresarse verbalmente, sumándose a ello dificultades en la movilidad. Si bien la participación fue fluctuando a lo largo de los encuentros, fueron estas seis mujeres quienes se mantuvieron activamente involucradas durante los 8 meses de la práctica.

Mi primera forma de abordaje fue a través del discurso verbal, como estrategia para acercarme y comenzar a conocerlas. Mediante el diálogo fui indagando qué géneros

musicales conocían o les gustaban, si tocaban algún instrumento, si cantaban o habían tenido experiencias previas con la música.

En relación con los instrumentos musicales, observé que la mayoría de las residentes no se animaban a tocarlos ni investigarlos de forma libre, ya que manifestaban no saber cómo hacerlo o sentir que "no les salía". No obstante, sí se observó un acercamiento a los instrumentos cuando estos eran utilizados como acompañamiento de canciones conocidas, modalidad en la que se involucraban durante períodos breves. Esto permitió advertir que la dificultad no radicaba en el uso del instrumento en sí, sino en la propuesta de exploración libre, ya que la canción conocida funcionaba como sostén y referencia para la participación.

Viñetas

Viñeta 1: Primeras voces, primeros encuentros

Durante los primeros encuentros, propuse una ronda de nombres con el objetivo de que pudiéramos conocernos, ya que algunas de ellas no recordaban cómo se llamaba la compañera que tenían al lado, a pesar de compartir mucho tiempo juntas. Consideré importante comenzar desde el reconocimiento del otro, dado el evidente desconocimiento entre pares.

El tiempo de gestar un vínculo implica una escucha de parte del musicoterapeuta desde lo que nosotros llamamos, una ética del silencio, la cual es "un callar (...) nuestro saber, accediendo entonces a la potencia que otorgan los actos posibles." (Banfi, C., 2015, p. 81).

A partir de ese momento, comenzaron a circular relatos, recuerdos y preferencias vinculadas a la música, en torno a géneros musicales, autores y canciones significativas para ellas. Este intercambio fue dando lugar a otra forma de encuentro, basada en la puesta en común de saberes, experiencias y gustos musicales.

Tomando como condición de producción el intercambio de relatos e intereses que se fueron configurando en el grupo, propuse trabajar con algunas de las canciones que mencionaron, orientando el trabajo hacia la exploración y el análisis de algunas de sus características sonoras, tales como la letra, las voces y los instrumentos presentes. Se fueron tejiendo opiniones sobre las canciones, sobre qué les gustaba y qué no, y cómo sonaban para cada una.

➔ Nivel sonoro y corporal

La disposición espacial de las participantes era en ronda, ya que se encontraban sentadas alrededor de una mesa redonda. Esta disposición facilitaba el intercambio tanto verbal como musical.

Desde lo corporal, algunas de las participantes estaban con la cabeza baja, encorvadas o apoyadas sobre la mesa.

Desde lo sonoro, ante la propuesta de escuchar canciones elegidas por ellas, algunas balbuceaban partes de la letra o movían la cabeza siguiendo el ritmo, otras hacían gestos con la cara abriendo sus ojos, y varias de ellas sostenían la mirada en un punto fijo.

En las conversaciones y el intercambio de preferencias y saberes, se las percibía atentas, mostrando un marcado interés por el tema y en dialogar. Cuando se dirigían entre ellas, el tono solía ser tenso y cargado de correcciones rápidas cuando alguna participante se quedaba en silencio; se señalaban errores en información vinculada a las canciones, como la letra, la autoría o los intérpretes.

➔ **Nivel de las relaciones**

Las participantes no sostenían diálogos prolongados ni contacto visual continuo entre ellas, aunque en algunos momentos se dirigían la palabra, principalmente en forma de correcciones o intervenciones puntuales.

Desde lo verbal, aparecían palabras y respuestas ante preguntas que hacía la coordinadora. Las conversaciones y la atención se sostenían principalmente a través de preguntas directas.

Entre las mismas participantes surgían expresiones dirigidas hacia quienes se quedaban en silencio intentando responder rápidamente. En esas interacciones aparecían matices de tensión, especialmente cuando una participante intervenía para marcar imprecisiones o corregir a otra. Estas aclaraciones y desacuerdos respecto de aspectos musicales configuraban un modo particular de vincularse, en el que las relaciones se expresaban a través de la corrección, la disputa y la necesidad de afirmar un saber.

La participación se basaba principalmente en seguir consignas específicas; predominaban las instrucciones o indicaciones para realizar acciones concretas, en lugar de propuestas

abiertas.

➔ **Nivel de las construcciones de sentido**

Tal como se mencionó previamente, entre las participantes parecía configurarse una forma de vínculo, aunque este se manifestaba más bien a través de indicaciones, correcciones o tensiones en la interacción.

Mostraban dificultades para expresarse verbalmente y su postura corporal (cabeza baja, cuerpo encorvado) daba cuenta de cierto repliegue corporal que interfería en el acercamiento entre ellas.

Hace relevancia el silencio y la espera ya que ellas solían quedarse calladas hasta que yo tomara la decisión o respondiera por ellas. Esta dinámica de dirigirse hacia mí puede sugerir que me percibían como un referente dentro del taller, esperando que fuera yo quien tomara la palabra o habilitara el intercambio.

Sospecho que la poca participación se debe a que las participantes se sentían incapaces de intervenir y a la falta de conocimiento o seguridad sobre cómo hacerlo.

➔ **Nivel de las intervenciones**

Las intervenciones se orientaron a construir un espacio grupal sostenido en el reconocimiento mutuo y en la posibilidad de compartir experiencias, como punto de partida para comenzar a conocernos. Para acompañar ese proceso, propuse preguntas que habilitaran la apertura de nuevos temas, guiando los encuentros desde la palabra.

La propuesta de elegir y escuchar canciones surgió como una forma de abrir un espacio que habilitara la escucha. Como hasta ese momento el intercambio había estado centrado

mayormente en la palabra, me pareció adecuado sostener esa dinámica e incorporar algunas de las canciones que habían sido mencionadas anteriormente. Esto generaba entusiasmo en ellas y, al mismo tiempo, favorecía la continuidad del diálogo. Además, me permitía seguir relevando información que sería valiosa para pensar propuestas e intervenciones futuras.

Viñeta 2: La música y las canciones

Una estrategia utilizada anteriormente fue iniciar los encuentros con una breve presentación de las participantes y una contextualización del espacio, dado que varias no recordaban los nombres ni el encuadre del taller. En ese momento, las participantes volvían a nombrarse entre sí y a reconocer quiénes formaban parte del grupo, especialmente cuando una de ellas estaba sentada en otra mesa o cuando faltaba alguna participante que solía asistir habitualmente. La puesta en común de los nombres y del encuadre iba dando lugar a un registro compartido del grupo, favoreciendo la integración entre las participantes presentes en el encuentro.

En determinados momentos, noté la ausencia de dos participantes que solían formar parte activa de la mesa. Aun así, decidí avanzar con la propuesta, y a medida que surgían los primeros pedidos de canciones, formulé preguntas cómo: "¿Empezamos?" o "¿Falta alguien?". Estas intervenciones sostenían la lógica participativa y fomentaban el reconocimiento entre pares, habilitando un clima grupal atento a la presencia del otro.

Mantuve la dinámica de conversación y elección de canciones, e incorporé instrumentos musicales, mayormente de agitación, que dispuse sobre la mesa al alcance del grupo. Para que la propuesta no resultara invasiva, acompañé desde la palabra con preguntas como: "¿Cómo suenan?", "¿Cómo lo podemos agarrar para que nos quede cómodo?", orientando la exploración de los instrumentos como posible forma de acompañamiento musical.

A partir de lo trabajado en encuentros anteriores, propuse que cada una eligiera canciones para escucharlas y conversar. Luego las invité a acompañarlas con los instrumentos y, para quienes lo desearan, con la voz cantada, la cual comenzó a manifestarse de manera leve, en encuentros anteriores, a través de tarareos, balbuceos y búsquedas por recordar la letra de la canción.

➔ **Nivel sonoro corporal**

Desde lo sonoro, empieza a verse mayor iniciativa en la elección de canciones por parte de las participantes. Con respecto a los instrumentos, aparece un primer contacto, tomándolos, explorando diferentes intensidades.

Empieza a aparecer la voz cantada con una mayor intensidad sonora, lo que en los primeros encuentros era un balbuceo, con el transcurso de los encuentros se transforma en un canto. Desde lo corporal, me pedían ayuda para acomodarse en las sillas, para estar más cerca y poder mirarnos entre todas sin problemas.

➔ **Nivel de las relaciones**

Comienza a manifestarse un reconocimiento del otro más claro y presente, evidenciado en una mayor atención mutua, en respuestas gestuales y verbales. Me comentan sobre una participante que siempre estaba presente en los encuentros, que había ido a misa y que en un rato tendría que volver.

Al rato de comenzar el taller, me piden que acerque a una de las participantes a la mesa redonda, ya que había ido al baño y la habían sentado en otra mesa, para que pudiera participar. Hay un reconocimiento de quiénes participan.

Empieza a aparecer el respeto por los silencios y en pocos momentos se interrumpen al hablar. Se dirigían a mí principalmente porque yo era quien reproducía las canciones, pero ya

no me miraban solo a mí cuando hablaban, sino que abrían la conversación al grupo.

➔ **Nivel de las construcciones de sentido**

Se empieza a evidenciar un reconocimiento grupal sobre el taller, que trasciende la dinámica inicial de presentación para establecerse como un lugar sostenido principalmente por la interacción verbal.

Esta modalidad parece ser un sostén necesario para las participantes, ya que muchas manifiestan dificultad para vincularse directamente con los instrumentos, encontrando en la charla un espacio que les permite expresarse.

Con el devenir del proceso, observo movimientos en la participación: las integrantes del grupo comienzan a apropiarse más activamente del espacio, ubicándose en nuevos lugares que reflejan iniciativa, protagonismo y una mayor implicación en la dinámica grupal.

A pesar de que continúan dirigiéndose hacia mí para aspectos organizativos, como el manejo del celular para poner música, comienzan a manifestarse opiniones y sentimientos personales sobre la participación de sus compañeras y el modo en que se encontraban dentro del taller. También se observa una atención hacia lo que ocurría con el resto del grupo, con reconocimiento explícito de quiénes participan activamente y quiénes permanecen más al margen.

Se podría pensar que en este proceso, las participantes fueron generando movimientos en sus modos de posicionarse, habilitando otras formas de producción que no quedaban reducidas a las lógicas previamente instituidas.

➔ **Nivel de las intervenciones**

Sostuve la dinámica de presentación e introducción del taller de musicoterapia al inicio de cada encuentro. En ese momento comenzaban a aparecer palabras, sensaciones y emociones vinculadas a lo que cada una iba vivenciando, generandose un espacio de intercambio a partir

de lo que las propias participantes traían y compartían.

En esta etapa decidí incorporar instrumentos de agitación (idiófonos, como maracas y shakers), priorizando aquellos que resultaran accesibles para todas y que permitieran obtener sonido con facilidad. Esta elección estuvo guiada por la intención de evitar posibles situaciones de frustración asociadas a instrumentos que requirieran técnicas más complejas o específicas, ya que en encuentros anteriores había cierto "rechazo" a los instrumentos y aparecían frases como "no sé tocar".

La introducción de los instrumentos fue acompañada por preguntas que sostenían la lógica del taller desde lo verbal: ¿cómo suena el instrumento?, ¿cómo lo podemos agarrar?, ¿cómo nos sentimos al usarlo?. De esta forma, la propuesta no se centró exclusivamente en la ejecución del instrumento, sino que se integró a la dinámica grupal desde la palabra y la exploración del mismo.

Mi intervención también incluyó el reconocimiento de los cambios en las posiciones físicas de algunas participantes. Cuando notaba que alguien estaba en otra mesa o había cambiado de lugar, realizaba preguntas como: "¿Estamos todas?", "¿Falta alguien para empezar?", buscando que ellas mismas registren, reorganicen el espacio y se reconozcan grupalmente.

Viñeta 3: Ponerle voz

Con el correr de los encuentros, fueron configurándose nuevas formas de participar dentro del espacio. Esto se expresó no sólo en la elección de canciones o en la exploración de los instrumentos, sino también en la forma de dirigirse entre ellas y de tomar la palabra, dando lugar a un movimiento respecto de la posición inicial que se encontraban cuando comenzó el

taller. A partir de estos movimientos, comenzaron a configurarse nuevas posiciones posibles para cada una dentro de la dinámica grupal.

Propuse seleccionar las canciones más elegidas durante el año para debatir y buscar un "punto en común" que representara y reforzara la identidad grupal.

La canción elegida fue "Zamba para olvidar". Se acordó colectivamente cómo interpretarla, qué instrumentos musicales usar y quién haría uso del único micrófono disponible.

La práctica de la letra con una pista instrumental de karaoke, solicitada por una participante, facilitó el recuerdo y la ejecución conjunta.

➔ **Nivel sonoro-corporal**

Comienza a notarse una participación activa por parte del grupo, tanto en el desarrollo general del taller como en la realización de cada propuesta específica. En cuanto a lo sonoro, específicamente los instrumentos musicales, cada una eligió uno luego de que exploráramos y reconociéramos juntas cada instrumento, probando sonidos y diferentes maneras de tocar, lo que fue dando lugar a que, entre ellas, se fuera configurando una forma de tocar grupalmente que implicaba atención a lo que cada una iba produciendo. La ejecución ya no aparecía de manera aislada y pasó a formar parte de una construcción colectiva, donde cada intervención sonora se integraba en complementariedad con las demás. Fueron variando la intensidad sonora durante la interpretación, con momentos de mayor intensidad y otros más suaves, mostrando atención al registro musical grupal.

Desde lo verbal, la organización fue dirigida y coordinada por ellas mismas: decidieron qué lugar ocuparía cada una en la interpretación de la canción, logrando acuerdos y actuando con consentimiento mutuo. También propusieron ensayar la letra de la canción con la base instrumental de fondo.

En lo corporal, se notaron cambios significativos en la disposición física: quienes podían, mantenían las cabezas más levantadas, y aquellas que no, buscaban acercarse a la mesa para apoyarse y así tener una mejor visión del grupo.

➔ **Nivel de relaciones**

La forma de dirigirse entre ellas ya no era desde la imposibilidad y empiezan a reconocer las capacidades, posibilidades y potencias de cada una. Entre ellas se ayudaban y se recomendaban desde la amabilidad si tocar o cantar. Había pausas y silencios para pensar la organización de la interpretación y los roles elegidos.

Se intercambian ideas entre ellas sobre cómo tocar los instrumentos, cómo cantar y de qué forma llevar a cabo la interpretación. Estos aportes son escuchados y considerados en un espacio de circulación horizontal de la palabra.

La mirada ya no estaba puesta en mí como "referente" del taller, que "dirige" o "dice qué hacer". Las decisiones comenzaron a pensarse entre ellas, abriendo preguntas al grupo desde un lugar de consenso. Entre discusiones, enojos, risas y "llegadas de acuerdo", se organizaba la propuesta.

➔ **Nivel construcciones de sentido**

En esta etapa, comenzaba a sostenerse entre las participantes una dinámica grupal donde predominaban la horizontalidad, la participación activa y el reconocimiento mutuo.

En el proceso de organizar colectivamente la interpretación, las participantes fueron ocupando nuevas posiciones; logran correrse de la subordinación, la pasividad y la obediencia. Asumen la iniciativa en la construcción de la propuesta musical, debaten y eligen cómo quieren tocar y cantar la canción. Se observa una motivación grupal vinculada a la

organización colectiva de la interpretación desde su inicio. La elección de una canción de interés compartido generó mayor implicación por parte de las participantes.

No se establecieron roles o formas de participación impuestas desde una figura de autoridad. Cada participante decidió cómo y cuánto involucrarse, dando lugar a la singularidad, al deseo, e incluso a la posibilidad de decir que no: "esto yo no quiero hacerlo".

➔ **Nivel de intervenciones**

La intervención desde el discurso verbal estuvo presente durante todo el proceso del taller, aunque fue adquiriendo diferentes matices a medida que avanzaban los encuentros. Estos matices se manifestaron en un pasaje de una intervención más directiva y organizativa a una más abierta al intercambio, donde la palabra comenzó a circular entre todas.

Coordinar y llevar adelante las propuestas a partir de la palabra permitió abrir un espacio para la iniciativa, el conocimiento y reconocimiento grupal. Comenzaba a aparecer la idea de "reconocer al otro" como una forma de habilitar su presencia en el taller y en las propuestas.

La propuesta de que fueran ellas mismas quienes se organizaran grupalmente ofreció una nueva posición dentro del taller, sin necesidad de imponer consignas ni roles. Desde esa dinámica, las participantes tomaban la iniciativa, organizaban y planificaban colectivamente.

Las participantes fueron sosteniendo una escucha grupal activa, donde la palabra circulaba y se le daba lugar a todas las opiniones, debates y conclusiones.

Entretejidos

La vejez es la marca y la seña de un hombre
que ha vivido, de alguien que no ha muerto,
de alguien que sigue,
de un sonido que se sigue escuchando,
de una lejanía que algo nos recuerda,
de un misterio.
Enrique Nicolaas.

Habitar una institución no es sólo ocupar un espacio físico, es ser parte de un entramado complejo de relaciones, discursos, rutinas y prácticas que moldean la vida cotidiana. En este entretejido, los adultos mayores en algunos casos quedan ubicados en lugares predefinidos por discursos hegemónicos que los piensan desde la pérdida, la dependencia o la incapacidad. Como plantea Michel Foucault en El nacimiento de la clínica (1963):

> En el hospital, el enfermo es sujeto de su enfermedad; es decir, se trata de un caso; en la clínica, en la cual no se trata sino del ejemplo, el enfermo es el accidente de su enfermedad, el objeto transitorio del cual ésta se ha apropiado. (Foucault, 1963, p. 92)

Sin embargo, la experiencia del taller de musicoterapia permitió advertir que, allí donde la lógica institucional tiende a reducir al sujeto a un "caso", también pueden emerger otras formas de estar, de vincularse y de ser. El taller fue configurándose como un espacio de interrupción frente a ese orden cerrado, donde comenzaron a darse experiencias entre las participantes en las que lo singular no era absorbido por el diagnóstico, sino sostenido en el encuentro con otros. Como señala Amarante:

> Si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. De esta manera, el mayor énfasis no se pone en el 'proceso de cura' sino en el proceso de 'invención de la salud' y de la 'reproducción social del paciente'. (Amarante, 1996, citado en Souza Campos, 2001)

Este apartado propone desplegar esas conexiones que no necesariamente responden a un eje cronológico, sino que se construyen desde los pliegues de la práctica: entre los movimientos, las posiciones, los sonidos, los gestos, las palabras, los silencios, los cuerpos que se acercan y se reconocen en un espacio compartido. En ese sentido, "Entretejidos" no busca ofrecer un cierre ni una conclusión, sino una apertura: un lugar donde los hilos del análisis clínico, institucional y estético puedan cruzarse para iluminar aspectos del trabajo musicoterapéutico que exceden lo estrictamente observable.

La vejez, tal como se plantea en el presente trabajo, no aparece como un destino biológico ni como una categoría homogénea, sino como una construcción social y cultural atravesada por múltiples discursos. Muchos de esos discursos habitan las instituciones: pueden hacerse presentes en las formas de dirigirse hacia los adultos mayores, en las actividades que se les proponen y en ciertas decisiones que se toman sin la participación directa de los propios sujetos. En algunos casos, estos discursos tienden a asociar la vejez con ideales de tranquilidad, orden o pasividad, esperando de las personas mayores actitudes de aceptación o de escasa confrontación frente a las dinámicas institucionales. Frente a esto, el espacio de musicoterapia se configuró como otro modo posible de encuentro, en el que las participantes pudieron ir encontrando y transitando nuevas posiciones. Un espacio donde lo sonoro-corporal, lo artístico y lo lúdico fueron dando lugar a otras formas de estar. No se trató de corregir conductas ni de ocupar el tiempo o entretener, sino de sostener un territorio donde lo singular pudiera ponerse en juego.

En este sentido, el taller se prestó como una grieta en la rutina dentro del hospital geriátrico. Una interrupción donde cada quien podía explorar sus propios modos de participar. La libertad de elegir un instrumento, de decidir cómo y cuándo intervenir, de decir “esto no quiero hacerlo”, habilitó nuevas formas de estar en el espacio que, en muchos casos, venían siendo silenciadas por la lógica institucional, caracterizada en gran medida por rutinas y actividades previamente organizadas. En este contexto, la posibilidad de tomar decisiones dentro del taller, abrió un espacio donde las participantes pudieron posicionarse de forma activa dentro del grupo. Allí donde suele predominar una organización del tiempo y del espacio orientada a la asistencia, el taller propuso una experiencia basada en la sensibilidad, en el reconocimiento y en la posibilidad de expresión.

Desde el punto de vista clínico, esto implicó sostener una escucha ética. Una escucha atenta a lo que se expresa en las palabras, en los gestos, en las decisiones, en los modos de vincularse con los otros. A partir de esa escucha, fue posible pensar intervenciones que no busquen normalizar ni adaptar, sino alojar lo singular y construir sentido. En la experiencia como practicante se vislumbró que cada integrante del grupo pudiera ubicarse en un lugar propio, diferente al que la institución o las dinámicas institucionales y grupales le asignaban. El protagonismo emergió no como algo impuesto, sino como una consecuencia de habitar el espacio desde una lógica horizontal, donde todas las voces eran escuchadas y legitimadas por igual.

Para que estos modos de estar, de vincularse y de habitar la institución puedan sostenerse en el tiempo, es necesario considerar el lugar que ocupa la interdisciplina. Tal como propone Alicia Stolkiner, la interdisciplina no se reduce a la coexistencia de disciplinas, sino que implica un trabajo de problematización mutua, donde los marcos conceptuales de cada campo puedan entrar en tensión y diálogo. En el contexto del hospital geriátrico hubo un intercambio con la musicoterapeuta a cargo, un psicólogo y una trabajadora social que aportaron a mi

experiencia como practicante, brindando datos sobre las participantes del taller, su ficha familiar y social, diagnósticos, ficha de admisión, etc.

Desde ese lugar, el espacio musicoterapéutico tensionó lo instituido al proponer una mirada sensible, no centrada en la corrección de conductas ni en la "normalización" de los cuerpos. Lo interdisciplinario, entonces, no fue solo una condición técnica, sino una apuesta ética y política: generar espacios donde las decisiones clínicas no se tomen desde una única voz autorizada, sino desde una construcción colectiva, donde lo estético, lo corporal, lo simbólico y lo afectivo también tengan lugar.

En el cruce entre la vejez, la institución y la práctica clínica de la musicoterapia, se configura un territorio complejo, marcado por tensiones, posibilidades y resistencias. La institución geriátrica no solo organiza la vida de los adultos mayores desde parámetros asistenciales y técnicos, sino que también produce formas específicas de subjetivación. La vejez, en este marco, no aparece únicamente como una etapa, sino como una posición asignada, atravesada por discursos que en algunos contextos cristalizan la pérdida, la declinación y la pasividad como atributos inevitables.

Tal como señala Foucault (1963), en los dispositivos clínicos tradicionales, el sujeto corre el riesgo de volverse objeto: un caso, una ficha, un número. La lógica institucional tiende a homogeneizar, a silenciar lo singular bajo protocolos que buscan eficacia y control. En ese orden cerrado, los cuerpos son administrados más que escuchados; cuidados más que reconocidos; sostenidos más que habilitados. La institución, entonces, no sólo aloja cuerpos, sino que produce determinadas formas de envejecer.

Sin embargo, el taller de musicoterapia introdujo una grieta en esa lógica. A partir del encuentro sonoro-corporal, del juego, del tiempo suspendido, la práctica clínica no buscó corregir ni normalizar, sino alojar modos singulares de expresión. Allí donde la vejez era leída desde la carencia, frecuentemente asociada a discursos sociales e institucionales que la

vinculan con la pérdida, el deterioro, la dependencia o la pasividad, emergieron otras formas de estar y de hacer: un canto elegido, una decisión tomada, un gesto de desacuerdo, una risa compartida. La musicoterapia se configuró, en ese contexto, como un espacio que permitió desplegar otras formas de encuentro dentro del marco institucional.

Amarante (1996) propone colocar entre paréntesis la enfermedad, y con ella, los diagnósticos, los rótulos. De este modo, la práctica no se limitó a intervenir sobre una "condición" del sujeto, sino que se orientó a habilitar un proceso: de sí, del vínculo, del habitar institucional. Escuchar, en este caso, fue también una forma de interrumpir lo obvio, de reconocer al otro como alguien, como un sujeto que aún tiene algo por decir, por hacer, por decidir.

Desde esta perspectiva, la vejez no fue pensada como un fin, sino como una etapa abierta a nuevos sentidos, incluso en contextos donde el tiempo parece detenido. La experiencia clínica mostró que, aun en la rigidez institucional, hay espacio para el deseo, la elección, la diferencia. Esto implicó, como señala Stolkiner, una apuesta interdisciplinaria que va más allá de la mera coexistencia de saberes: fue necesaria una problematización conjunta del modo en que se mira, se define y se interviene en la vida de los adultos mayores.

El espacio musicoterapéutico no se propuso como respuesta cerrada, sino como pregunta: ¿Qué otras formas de estar son posibles? ¿Cómo habilitar un tiempo propio en medio de rutinas fijas? Desde esas preguntas, lo institucional y lo clínico se trenzaron en una práctica que no buscó objetivar al sujeto, sino sostenerlo en su potencia expresiva.

Así, el taller funcionó como un entretejido de dimensiones múltiples: el cuerpo, el sonido, la historia, la técnica, la institución, el deseo. Un entretejido que no se explica sólo desde un enfoque, sino desde una implicación concreta, situada, ética. Allí donde el discurso institucional parecía agotarlo todo, el canto inesperado, el silencio que se sostuvo, el gesto de elegir, volvieron a abrir el campo del sentido.

Como plantea la Licenciada en Musicoterapia Johana Gamarra:

> La elección de las canciones y la escucha por parte del grupo devino en la confianza necesaria para poder empezar a expresar otras cuestiones, lo que terminó generando la red vincular necesaria para poder conformar un espacio terapéutico. La importancia de la escucha musicoterapéutica para poder escuchar aquello que resonaba como emergente y ponerlo en el centro del trabajo, permitió acompañar esos procesos de restitución de identidad clausurados por la institucionalización. (Gamarra, 2020, p.54)

En este sentido, el acto musicoterapéutico ocurre cuando algo de lo que sucede en la sesión habilita un encuentro en el que se producen movimientos entre los sujetos. Esos acontecimientos no siempre pueden explicarse desde parámetros técnicos o musicales tradicionales. Es decir, no importa tanto si lo que suena es "correcto" desde lo formal, sino lo que eso produce en quienes están participando. Lo que vuelve musicoterapéutica a una experiencia no es su forma, sino el modo en que impacta vincularmente en el grupo, abriendo posibilidades de expresión, comunicación y sentido.

Como retoma Gamarra en palabras de Banfi:

> No es concebible esa conexión sin el acto sensible, la percepción consciente, la disposición al juego en su aceptación más amplia y rigurosa. Tales condiciones constituyen el marco de posibilidad de una clínica fundada en la música. Una música que no admite funciones a priori, dado que abarca el conjunto infinito de sonoridades posibles, y que será música o ruido, movimiento o parálisis, persistencia o transformación ya no desde un parámetro formal (acústico, gestual) determinado, sino por el modo en que afecta a las subjetividades en juego, un sonido o un silencio serán

> o no musicales (musicoterapéuticos) siempre en relación con las relaciones, al modo en que funcionan en un vínculo, a aquello que producen al ser producidos. (Banfi, 2016, p. 152, citado en Gamarra, s.f.)

Este modo de concebir la clínica es inseparable del contexto institucional; se trata de intervenir en conjunto con los adultos mayores, abriendo posibilidades donde antes había automatismos, gestos repetidos, tiempos asignados. La música no interrumpe la lógica institucional desde afuera, sino desde adentro, a través de la escucha, el vínculo y el juego.

Así, lo sonoro deviene herramienta, territorio, lenguaje y grieta: una vía para que lo clausurado por la institucionalización comience a abrirse nuevamente al deseo y al encuentro.

Consideraciones finales

A lo largo de este trabajo final integrador, se buscó indagar y reflexionar sobre cómo la práctica musicoterapéutica en una institución geriátrica pública puede habilitar nuevas formas de encuentro y vínculo con adultos mayores.

A partir de la experiencia concreta en las prácticas preprofesionales, se puso el foco en aquellos momentos donde lo sonoro-corporal, lo verbal y lo grupal hicieron posible la emergencia de gestos, palabras y decisiones que, aunque momentáneamente, se apartaron de la rutina asistencial y permitieron otras formas de interacción dentro del hospital. Estos momentos, si bien acotados y situados, permitieron abrir interrogantes sobre otras formas posibles de habitar la institución.

La musicoterapia, en este contexto, no se presentó como una intervención correctiva ni directiva, sino como una propuesta abierta que reconoce al otro como sujeto de derechos, activo, capaz de elegir, proponer, recordar y compartir.

Este posicionamiento habilitó a pensar y a sostener espacios donde lo sensible, lo expresivo y lo singular cobran valor, incluso en un entorno que muchas veces tiende a homogeneizar las experiencias de la vejez.

Durante el desarrollo del taller, fue posible observar transformaciones en las formas de participación de los adultos mayores, en las que las propias participantes fueron generando y habitando nuevas posiciones dentro del espacio grupal, pasando de la pasividad a una implicación activa, donde las decisiones grupales y las elecciones personales comenzaron a tener lugar. Esto dio cuenta de un proceso en el que los propios sujetos fueron reconociéndose, escuchándose y posicionándose de otras maneras en el encuentro, donde el reconocimiento mutuo, la escucha y el deseo fueron cobrando fuerza como dimensiones fundamentales del trabajo clínico musicoterapéutico.

Asimismo, el análisis de las prácticas permitió tensionar los marcos institucionales que muchas veces reproducen la mirada del modelo médico hegemónico, abriendo una lectura más compleja y situada de la experiencia en instituciones geriátricas.

La propuesta musicoterapéutica no vino a negar las condiciones institucionales, sino a crear dentro de ellas otras posibilidades: de decir, de hacer, de ser. En definitiva, la experiencia transitada durante las prácticas preprofesionales, y el trabajo final que surgió a partir de esa experiencia, permitieron analizar y reflexionar sobre ella, poniendo en valor la potencia clínica, ética y política de la musicoterapia como herramienta para abrir nuevos sentidos dentro de espacios institucionales, promoviendo vínculos desde la sensibilidad, el deseo y la singularidad.

Lo trabajado deja abierta la posibilidad de seguir pensando e investigando cómo la musicoterapia puede continuar aportando a la construcción de prácticas transformadoras en el ámbito de adultos mayores institucionalizados.

Bibliografía

Achilli, E. L. (2005) Investigar en antropología social: Los desafíos de transmitir un oficio. Rosario, Argentina. Laborde Editor.

Argentina. Congreso de la Nación. (2017). Ley 27.360: Protección de los derechos humanos de las personas mayores. Aprueba la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Boletín Oficial de la República Argentina, 26 de junio de 2017.

Asociación Argentina de Musicoterapia (ASAM), 2012, III JORNADAS DE MUSICOTERAPIA EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA: SONIDO, SALUD Y VEJEZ.

Barreto, González, Makovec. (2007) Viajes al revés. [Escrito presentado en el II Encuentro Argentino de Musicoterapia "Investigación y Salud Comunitaria", Buenos Aires].

Bennardis, M. J. (2002) De la Dimensión y la Forma: La Vivencia Estética y un posible reflejo en el Lenguaje Verbal. Rosario, Argentina. Universidad Abierta Interamericana.

De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Buenos Aires: Sudamericana.

De Val Pardo, Isabel & Gil Estallo, M. d. "Organización vertical versus horizontal." Editorial: Esic Market. S/R. 2004.

Delosantos, M. (2017) Vivenciando movimientos en Musicoterapia, territorio donde encontrar-se: relatos y análisis de prácticas en Musicoterapia con Adultos Mayores. Rosario, Argentina. Universidad Abierta Interamericana.

Foucault, M. (1963) El nacimiento de la clínica, México, editorial Cultura Libre.

Gasquet, A. (2016) sonidos, vivencias y encuentros. Tesis de grado. Licenciatura en Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana. Rosario, Argentina.

Gianoni, D. (2002) De Abismos y Superficies: relato de un encuentro con la pregunta que interroga sobre el sujeto. Rosario, Argentina. Universidad Abierta Interamericana.

Gimenez Moresco, J. M. "Sujetos o sujetados...Musicoterapia y la institucionalización de adultos mayores." Editorial: ASAM. Buenos Aires. 2012.

Goffman, E. (1961). Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu.

Gutiérrez Raia, L. G. (2022). De la apuesta al vínculo: Estudio de caso de posibles analogías entre un proceso musicoterapéutico con adultos/as mayores y las concepciones de lugar y no lugar de Marc Augé

Hernández Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2008). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativas.

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos- Presidencia de la Nación. (2017). Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios.

Kuzmicich, Y. A. (2022). “Interferencias” Creación de Micros Radiales para la participación y comunicación de Adultas/os mayores en contexto de Pandemia por Covid-19.

Maeyaert, A. (2017) Del derecho a ser oído: una propuesta musical para con adolescentes en situación de calle. Rosario, Santa Fe. Editorial Último Recurso.

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

Sousa Campos, G. W. de. (1996-1997). La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada.

Trossero, Georgina. (2009). "Gravitando entre ataduras y libertades. Una experiencia de externación de pacientes en salud mental". Tesis de Grado de la Licenciatura en Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana. Rosario.

Agradecimientos

A mi tutora, por acompañarme, guiarme y apoyar cada paso de este recorrido.

A mis amigashermanas que esta carrera me dió: Lara, Gala, Kimi, Ro, Caro y Dai, no habría sido igual sin ustedes.

A Agus y Abril, gracias por la calma, las charlas eternas y el sostén.

A Sini, por escucharme siempre y ampliarme como persona y futura profesional.

A mi familia.

Gracias ma, por transmitirme tu amor por la educación y por motivarme a estudiar siempre. Gracias pa, por enseñarme a ser apasionada por lo que amo.

A Ivo y Maia, por cuidarme con amor y la paciencia propia de hermanos.

A Guille, por ser refugio cada día de este proceso.