

**Universidad Abierta Interamericana**  
**Facultad de Psicología y Relaciones Humanas**



**Carrera:** Licenciatura en Musicoterapia (P 310)

**Título a obtener:** Licenciado en Musicoterapia

**Tesis de grado.**

*Des- entramando discursos, deviniendo salud.*

*Un hacer en Musicoterapia.*

*... Desde los intersticios de la Extensión Universitaria,  
una posible intervención en la comunidad.*

**Caeiro, Lucía Victoria.**

**Diciembre, 2016. Rosario**

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

**Título a obtener:**  
**Licenciado en Musicoterapia.**

**Tutor de tesis:**  
**María José Bennardis.**

**Autor de Tesis:**  
**Lucia Victoria, Caeiro.**

- *Tesis de Grado.*

*Des- entramando discursos, deviniendo salud.*

*Un hacer en Musicoterapia.*

*... Desde los intersticios de la Extensión Universitaria,  
una posible intervención en la comunidad.*

- **Resumen.**

El siguiente trabajo de Tesis, da cuenta de un análisis, una articulación y un re pensar sobre lo que acontece con los discursos de la musicoterapia, la comunidad, las instituciones y la salud.

Posición reflexiva que permite poner en discusión dichos ejes, dar cuenta de cómo los mismos se entrecruzan y se hacen visibles a partir de la apertura de un espacio, en este caso, el Taller abierto a la Comunidad. Considerando que ese tránsito y vivencia de trabajar pensando en la comunidad, desde los intersticios de la extensión universitaria en una institución privada, también es un devenir en salud, y una huella en las singularidades que por allí transitaron.

**Palabras claves:** *Discursos – Musicoterapia – Comunidad – Salud – Instituciones*

- Delineando un proyecto.
  - *Desde los intersticios.....* Página 7.
  - *Desde la formación.....* Página 9.
  - *De la enunciación...*
    - del problema.....* Página 11.
    - de sospechas.....* Página 12.
    - de los objetivos y metas.....* Página 13.
    - de una fundamentación metodológica.....* Pagina 14.
  - del marco teórico:*
    - *Discursos del campo de la Salud: aspectos legales y políticas económicas como configuradores.....* Página 15
    - *Discursos institucionales. Nuevas lógicas en Salud.....* Pagina 20.
    - *Entramado discursivo: Musicoterapia y Salud.....* Pagina 22.
    - *Circulación de discursos: jurídicos, sociales, políticos, históricos y de salud.....* Pagina 25.
    - *Los discursos y la Musicoterapia.....* Pagina 32.
- Des – entramando.
  - *Territorio:*
    - Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad.....* Página 39.

- ***Dimensión de lo Social.***
  - Huellas en la Comunidad..... *Página 42.*
  - Huellas de la Musicoterapia..... *Página 55.*
  - Análisis de la Dimensión Social.....*Página 48.*
  
- ***Dimensión de lo Institucional.***
  - Delineados institucionales..... *Página 50.*
  - Análisis de la Dimensión Institucional.....*Página 51.*
  
- ***Dimensión de lo Singular.***
  - Devenir de un proceso..... *Página 55.*
  - Análisis de la Dimensión de lo Singular..... *Página 56.*
  
- **Construcciones de sentido.**
  - Datos relevantes y emergentes, sospechas,  
signos y huellas..... *Página 59.*
  - Fenomenología de lo acontecido  
en el proceso..... *Página 62.*
  
- ***Conclusiones.....*** *Página 65.*
  
- ***Glosario.....*** *Página 72.*
  
- ***Bibliografía.....*** *Página 80.*

- **Delineando un proyecto.**

Todo comienza con una idea...

Un aventurarse con una compañera...

Un interés compartido de indagar en el ámbito de la Musicoterapia...

y su posible inserción en la Comunidad.

## ● Desde los intersticios.

El proceso de construcción de la presente tesis, representa una apertura a indagar ciertos intersticios, es un habitar múltiples formas que se configuran en el andar de las experiencias, un transitar por los recorridos que se en-traman en dicho proceso, un devenir<sup>1</sup> en las vivencias que acontecen.

Indagar desde los intersticios, es por lo tanto, una invitación a inaugurar nuevos andares que nos incitan a investigar, a escribir, a pensar, a movernos, y a analizar.

Hoy, dichos recorridos se plasman al escribir este trabajo y al comprometernos con un dar cuenta acerca de:

- Por un lado, la experiencia de apertura de un Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad, propuesto para jóvenes y adultos, que se desarrolló durante el transcurso del último semestre del 2014 (Junio – Noviembre) desde extensión universitaria en la sede de la UAI, Pellegrini 1957, en la ciudad de Rosario, los días viernes de 14.30 a 16 hs.
  
- Por otro lado, cómo fue el proceso de formalizar un espacio auto-gestivo con perspectivas de trabajo con la comunidad, desde extensión universitaria en una institución educativa de lógica privada<sup>2</sup>, y su relación con el momento socio-histórico que el campo de la salud está transitando.

---

<sup>1</sup> **Devenir** \*: Identidad infinita, que habita esa zona de vecindad donde el sentido emerge como no fundamento. Deleuze, 2005. (Todos los conceptos continuaran siendo definidos en el anexo: glosario, pág. 80).

<sup>2</sup> **Lógica Privada** \*: Alude a las políticas de salud, económicas y educativas impulsadas por el neoliberalismo, que sostienen una visión mercantilista... (Tercer Congreso de Atención Primaria de la Salud. OPS- Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 2007)

De esta manera, exponiendo ambas experiencias, se insistirá en poder articular y re pensar sobre lo que acontece con los discursos<sup>3</sup> de la musicoterapia, la comunidad, las instituciones y la salud.

Posición reflexiva que permitirá poner en discusión dichos ejes, dar cuenta de cómo los mismos se entrecruzan y se hacen visibles a partir de la apertura de un espacio, en este caso, el Taller abierto a la Comunidad; y cómo hizo huella dicha inauguración en las singularidades de los sujetos que por allí transitaron.

Considerando que ese tránsito y vivencia de trabajar pensando en la comunidad, desde los intersticios de la extensión universitaria en una institución privada, también es un devenir en salud.

---

<sup>3</sup> **Discurso\*:** “*Configuración espacio-temporal de sentido*” (Eliseo Verón.1998), siempre en relación a otros discursos, como condición necesaria de producción de sentido.

- *Desde la formación.*

*“Formarse, deformarse en el proceso de formación,  
implica que seamos-siendo, transformándonos, cuestionándonos,  
informándonos, problematizándonos, pensándonos en este transitar.*

*Es este un evento que nos convoca como estudiantes,  
una instancia más para problematizar nuestra formación, para  
compartir con otros el proceso de formarse,  
de estar recorriendo el mismo territorio”*

*(Jornadas de Estudiantes de Musicoterapia, UAI Rosario, 2014).*

Durante el tránsito por la formación en la Licenciatura en Musicoterapia, como estudiantes hemos podido apropiarnos de experiencias a partir de las Prácticas Pre – Profesionales desarrolladas en distintos lugares y espacios; por un lado en marcos institucionales, como Psiquiátricos, Geriátricos, Hospitales Generales, Jardines, Centros de Acción Familiar, Centros de Día, donde la Musicoterapia es requerida para integrar sus equipos de profesionales, y trabajar con los usuarios (o como se lo conceptualice allí, “pacientes”, “viejos”, “locos”, “abuelos”, “niños”, “chicos”, etc.) y por otro lado, insertos en la comunidad de la ciudad de Rosario, como en el Centro Cultural de la Comunidad Qom o el Centro Cultural La Trinchera.

Dichas experiencias de formación comprendieron todo un recorrido teórico, una construcción de saberes de la especificidad de la disciplina, como también de un posicionamiento epistemológico del quehacer como musicoterapeutas y futuros profesionales de la salud en los enunciados espacios de práctica clínica, como así, en el territorio<sup>4</sup> conformado por la Musicoterapia en los mismos.

Es decir, esto nos permitió dilucidar una idea e interrogarnos acerca de la posibilidad de trabajar en el ámbito de la comunidad<sup>5</sup>. Ámbito que posee sus formas de abordarse; un

---

<sup>4</sup> **Territorio\*:** Espacio en el que se producen los movimientos del pensamiento. Soporte formal que configura el sentido y posibilita el acontecimiento.

<sup>5</sup> **Comunidad\*:** “... un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado... que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un aspecto y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines” (Montero. 2007).

territorio que se encuentra en constante configuración y conformación por los sujetos que lo constituye, en todos sus distintos estratos sociales como también profesionales; que posee sus formas de intervenir, desde una lógica más de la promoción de la salud<sup>6</sup>, en tanto que se contemplan las problemáticas emergentes de la realidad de los sujetos que lo habitan. Considerando cómo eso genera malestar, y qué estrategias podemos pensar los profesionales de la salud para llevar a cabo, interviniendo en pos de mejorar su calidad de vida.

Situadas en la incertidumbre que nos generaban esos interrogantes, junto a mi compañera, se nos presenta la posibilidad de concursar en la iniciativa propuesta por una organización no gubernamental de la ciudad de Bs. As, que invita a los estudiantes universitarios a involucrarse en la creación e implementación de proyectos sociales en relación a temáticas en salud, bienestar social, y educación.

Así fue, que con el afán de concursar, nos propusimos idear y proyectar la creación de un espacio de Musicoterapia abierto a la Comunidad, gestionado y sostenido por nosotras, aun estudiantes, como coordinadoras del mismo. Una apertura que habilitaría conformar un vínculo entre la comunidad y la universidad, un sumergirse en el quehacer musicoterapéutico al transitar y devenir en la propuesta que brindaríamos desde el taller de Musicoterapia a quienes participaran del mismo. De esta forma, nosotras como coordinadoras, anhelábamos poder generar un espacio que trabaje en pos de construcciones de salud.

Ante el hecho de no haber sido seleccionadas, insistimos en llevarlo a cabo, proponiendo dicho proyecto a la universidad donde realizamos nuestra formación.

El taller se concretó desde extensión universitaria y se realizó en el marco de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) Rosario, que nos brindó sus instalaciones en la sede Pellegrini, donde se dicta la Licenciatura en Musicoterapia, para poder llevar a cabo nuestro propósito.

---

<sup>6</sup> **Promoción de la Salud\***: “Promover” tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar (Ferreira 1986). Promoción de la salud se refiere a medidas que “*no se dirigen a una determinada enfermedad, desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales*” (Leavel & Clarck 1976:19).

- **Del problema.**

Teniendo en cuenta el campo de la salud, su conformación histórica y su constitución en Argentina, los paradigmas que lo sostienen, las leyes que han generado aperturas o han limitado el hacer de los profesionales, la fluctuación entre la inclusión - exclusión al sistema de salud de los usuarios, la de-construcción – construcción de prácticas profesionales, y las nuevas disciplinas que se suman a trabajar en salud, podemos distinguir una experiencia concreta de practica con la comunidad de inserción de la musicoterapia.

Considerando el trabajo de diversos autores, que dan cuenta desde distintas perspectivas lo anteriormente detallado a indagar y el análisis de la práctica, podremos exponer *una posible puesta en relación y discusión de los siguientes ejes de análisis:*

**(Discursos: Musicoterapia – Comunidad - Instituciones – Salud)**

Discursos, en tanto se organizan como materia discursiva investida de múltiples sentidos; que despliegan categorías conceptuales, que tienen implícitos a su vez otros discursos posibles de ser leídos a través de un posicionamiento analítico- discursivo que permitirá dar cuenta de cómo los mismos se entraman a partir de la apertura de un espacio, de una propuesta, en este caso el Taller abierto a la Comunidad, y cómo hizo huella dicha inauguración en las singularidades de los sujetos que por allí transitaron. Considerando que ese tránsito y vivencia de trabajar pensando en la comunidad, desde extensión universitaria en los intersticios de una institución privada, también es salud.

- **De sospechas.**

Podríamos considerar que el transitar por el territorio de la Musicoterapia, y el encuentro con el lenguaje del arte, genera movimientos que posibilitan vivenciar instancias saludables en los sujetos, y que los mismos puedan extrapolarlos a otros espacios y a la comunidad.

Considerando que estamos en instancias de transformación de los paradigmas<sup>7</sup> de salud, especialmente en salud mental, que conllevan momentos de cambios en las legislaciones en nuestro país, brindándonos un marco y un aval que nos incita a generar otros pensares y andares como profesionales, inclusive como ciudadanos de una comunidad. Dicho marco legal y ético otorgaría un respaldo a nuestro quehacer en cuanto que posibilita transformar la mira y el accionar con el que estamos trabajando en salud con los sujetos en las instituciones.

Por lo tanto, se podría concebir al territorio de la Musicoterapia, como un espacio que permitiría generar aperturas, que involucran a las instituciones privadas, a trabajar con la comunidad; invitando a la deconstrucción / construcción: de territorios a habitar, de discursos cristalizados y naturalizados como verdades, de lógicas instaladas que estatizan prácticas, para habilitar movimientos, para re – territorializar esos territorios transitados, para percibir otras condiciones de existencia, otras formas posibles de los sujetos de estar y pararse en el entramado social en el que estamos inmersos.

Por lo cual, se discurre enunciar tres interrogantes que interpelan, teniendo en cuenta las tres dimensiones: social, institucional y de lo singular, que se enuncia posteriormente en el desarrollo de la investigación.

- ¿Cuáles son las condiciones de posibilidad que muestra el abordaje musicoterapéutico como especificidad para trabajar estratégicamente la complejidad de la realidad de la comunidad y sus problemáticas emergentes?
- ¿Es posible considerar la apertura y experiencia del Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad, como espacio auto- gestivo, como una propuesta

---

<sup>7</sup> **Paradigma\***: *“una perspectiva general, un modo de desmenuzar la complejidad del mundo real”* (Patton, en Bottinelli, 2003).

que motive a instalar dispositivos desde extensión universitaria para trabajar con la comunidad teniendo en cuenta las nuevas legislaciones nacionales que dan soporte a las prácticas profesionales?

- ¿Qué movimientos se despliegan de la experiencia de los sujetos que participaron en el Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad que permiten fundamentar este espacio, en tanto iniciativa de salud que se sostiene desde el nuevo paradigma de salud mental y de la perspectiva de derechos humanos?

- **De objetivos y metas.**

La tesis, está pensada con el objeto de delinearse y formalizarse con la idea de plasmar el siguiente objetivo: investigar diversos autores que trabajen en el campo de la salud, que permitan pensar, trabajar y relacionar los discursos de Salud – Musicoterapia – Comunidad - Instituciones.

Dicho objetivo, nos permite la formulación y enunciación de metas en esta investigación: indagar cuales son las condiciones de posibilidad que tiene el Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad, como espacio o posible dispositivo universitario, que genere apertura de las instituciones con la comunidad y sus problemáticas. Describir la relevancia de la existencia de estos espacios, que habilitan, que inauguran, que procesos generan, como también analizar el proceso del tránsito de los sujetos participantes del Taller en tanto devenir en salud.

Estos objetivos y metas fueron organizados, para una mayor claridad, en dos incisos distintos ya que apuntan a desplegarse en diferentes sentidos, lo que implica cuestiones de distintos órdenes. Así mismo, pueden ser leídos en el mismo movimiento de construcción de la tesis, en tanto se configuran cada una de sus partes como necesarias y relevantes para componer el entramado discursivo que aquí se encuentra plasmado.

El Meta “Objeto” de estudio de dicho proyecto de tesis, es contribuir a la composición y configuración de discursos (teóricos – prácticos) de nuestra especificidad que permitan consolidar un soporte bibliográfico de investigación en Musicoterapia.

- *De la fundamentación metodológica.*

El estudio de campo desde donde se soporta esta investigación, es la Práctica Pre - Profesional en Jóvenes y Adultos, que realizamos en la formación como futura Licenciada en Musicoterapia, en el último año de cursado, en la Universidad Abierta Interamericana de Rosario, como coordinadoras del Taller de Musicoterapia Abierto a la Comunidad.

El mismo se desarrolló en el último semestre del año 2014, entre los meses Junio – Noviembre, los días viernes de 14.30 a 16 hs.

La estrategia metodológica a utilizar para llevar a cabo presenta un enfoque cualitativo, con un diseño flexible, en tanto que el fenómeno y el proceso de la investigación están centrados en la subjetividad de los sujetos participantes.

La metodología cualitativa, en tanto fenomenológica, tendrá su mirada centrada en la realidad que configuran los sujetos, por lo cual tiene su interés puesto en la comprensión de lo que emerge como problemática a estudiar. Como también, el comprender la conducta y el accionar desde el propio marco de referencia que los sujetos operan y la multiplicidad de sentidos, de significados que le dan a la experiencia los propios protagonistas insertos en un contexto complejo y específico.

Las técnicas o instrumentos utilizados en la investigación son los siguientes, teniendo en cuenta dos instancias íntimamente correlacionadas en el desarrollo de la presente tesis: la recolección de datos y la del análisis.

La vivencia de gestión y planificación de un espacio; la observación con participación; entrevistas grupales libres, no estructuradas; entrevistas grupales focalizadas y en profundidad; el dialogo en grupo; las historias de vidas; la dramatización; la improvisación; la intervención en la comunidad y la devolución verbal y escrita de los participantes.

Se utilizaran como recursos metodológicos: las grabaciones de los encuentros, las devoluciones verbales y escritas de su proceso, y registros semanales confeccionados con mi dupla, y personales ante las lecturas de lo acontecido semana a semana.

- *Del marco teórico.*

*Discursos del campo de la Salud: aspectos legales y políticas económicas como configuradores.*

Indagar específicamente en el campo de la salud, implica adentrarnos en un mundo singular habitado por lógicas y construcciones que le son propias, que lo soportan y lo cargan de atributos, de sentidos particulares que configuran dicha área y realidad particular.

Dicho campo <sup>8</sup> de la salud, como enuncia Hugo Spinelli en “Dimensiones de la Salud en Argentina”, presenta una complejidad que no puede ser abordada ni analizada al margen de los acontecimientos del ámbito nacional y las implicancias internacionales que aparecen en ella como contexto. Los hechos, los acontecimientos socio – histórico – políticos han dejado huellas, han influenciado las concepciones de salud y han establecido la relación entre el Estado y la sociedad civil.

Es decir, se puede visualizar como históricamente, el Estado intervino en el campo de la salud, como se comprometió en su responsabilidad con la ciudadanía, y como así mismo, abordó las problemáticas que allí emergieron.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus innumerables conferencias, ha considerado siempre a la salud como un eje de suma importancia, porque hace a la posibilidad, calidad y durabilidad de vida de los ciudadanos. Dicho objetivo, se ve influenciado indefectiblemente por factores sociales, económicos, políticos y ambientales determinantes.

El reconocimiento de la salud como prioridad por un lado, y la disparidad con la realidad por otro, está presente en lo discursivo para los organismos internacionales (OMS y Organización Panamericana de la Salud). Un ejemplo de ellos, fue el lema de

---

<sup>8</sup> **Campo\*:** ...” la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (económicos, sociales, culturales y simbólico)” Spinelli, Hugo. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva; 2010.

“Salud para Todos en el año 2000”, profesado en el año 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Almá-Atá, realizada en Kazajistán. En sus enunciados se refleja la contrariedad discursiva con lo que acontece en las comunidades, donde se confirma que no hay una atención adecuada ni accesible para todos, dejando sus propuestas a concretar como ideales o utópicas.

Emiliano Galende, en su libro “Conocimiento y Prácticas de Salud Mental”, hace alusión a que el modelo de Estado neoliberal imperante de los últimos años ha dado lugar a políticas sociales focalizadas y reduccionistas sustentadas en la lógica del mercado capitalista. Estas emergen como mediadoras de la relación Estado – Salud – Ciudadanía, en respuesta a las problemáticas sociales.

En su desarrollo, él expone que el sistema y las políticas de salud, actualmente, están referidas a las gestión de prácticas médicas de forma asistencialista y a la implementación de programas que disponen un lineamiento en particular de abordaje, que dan un ordenamiento en común a las instituciones sanitarias y a sus prácticas, que no responden a las necesidades ni demandas sociales.

Todo ello pone de relieve una serie de cuestiones que se refieren al problema de la accesibilidad-exclusión de la salud como derecho, tanto en lo factico como en lo discursivo.

Como resultado de una ardua lucha por parte de los usuarios<sup>9</sup> y profesionales del sistema de salud; de un andar y un atestiguar experiencias indignas de transitar; y de una de- construcción – construcción del discurso medico hegemónico de la Psiquiatría que se configuro históricamente como una verdad irrefutable, emerge la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina. Esta irrupción, propicio un cambio importante en los criterios de las viejas prácticas socio-sanitarias propias del siglo XIX que se prolongaron y se sostienen incluso hasta nuestros días.

Nuestro país, por su inmensidad geográfica y poblacional, posee diversas realidades regionales donde se vivencia aun con rigor el viejo paradigma que históricamente presidió en Salud Mental: la concepción y abordaje del paradigma asilar-tutelar<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> **Usuarios\***: concepto que se refiere a las personas que se encuentran haciendo uso de un servicio de Salud Mental. (Acrest, 2011).

<sup>10</sup> **Paradigma asilar-tutelar\***: ver rasgos distintivos en anexo: glosario.

Paradigma que rige en salud mental, como modelo de atención, cuyas formas y rasgos originarios han surgido con el nacimiento del manicomio como institución de encierro.

Hoy es indispensable que se refleje y se requiera un operar desde el nuevo marco legal, a partir de la implementación de políticas públicas como garantes, que protejan y promuevan la salud mental de todas las personas, que resguarden el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con algún padecimiento y así mismo, que permita planificar acciones que avalen el cumplimiento de dichas políticas.

Desde el año 2010, Argentina cuenta con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, puntapié que inicia un tránsito hacia el paradigma social – o de derechos humanos, siendo la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) la autoridad de aplicación de la misma.

En mayo del 2013, se aprueba el Decreto Reglamentario 603/2013, donde se definen, y describen los contenidos de la mencionada ley. Posteriormente, en enero del 2014, se sanciona el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2013-2018, que propone nuevos accionares y metas de trabajo que tiendan a la protección de la salud mental de la comunidad y al pleno goce de los derechos humanos de las usuarios del servicio de salud.

*“La aprobación de la Ley N° 26.657 y la reciente sanción de su Decreto Reglamentario N° 603 del 28 de mayo de 2013 regulan la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental y se presentan como una innovadora legislación en materia de política en salud mental. Encuentran sus fundamentos en los estándares internacionales de derechos humanos en materia de salud mental. Se plantea un nuevo paradigma diferente al existente, que permite pasar de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de integración social, fundado en el resguardo o la restitución de sus derechos” (Políticas públicas en salud mental, 2013).*

El paradigma social o de derechos humanos, surge como propuesta que sustituye en *“modelo tutelar del Código Civil argentino, que ha demostrado que la “tutela” es un modelo vertical que tiende a silenciar y aislar a quienes más necesitan ser escuchados, pone en el centro el pleno respeto de la dignidad y de la autonomía de las personas usuarias de servicios de salud Mental”*. (Croxatto, 2012); hace foco en la singularidad de la persona más allá del tipo de padecer que este transitando.

Este nuevo sistema permite humanizar y brindar dignidad a los usuarios creando condiciones de atención hospitalaria; permite promover la apertura a otros discursos, otras miradas y otros aportes, imponiendo la capacitación, y la práctica profesional de distintos agentes, profesionales y efectores que integran el sistema de salud mental; *“impone una responsabilidad colectiva que implica una participación más activa de todos los involucrados en la temática –no solo el sector de la salud–, sino las áreas relacionadas con la vivienda, educación, empleo digno y la accesibilidad”* (Políticas públicas en salud mental, 2013); insiste en la deconstrucción de las barreras simbólicas, sociales y culturales que impone el lenguaje con sus categorizaciones “loco”, “discapacitado”, “enfermo”, etc; trabaja en pos de una integración e inclusión de los usuarios del sistema de salud con la comunidad, conceptualizándolos con sujetos de derechos.

Es relevante señalar aquí, que el sistema de salud argentino<sup>11</sup>, tiene la particularidad de estar fragmentado y desarticulado, en tanto que operan tres subsectores de atención a la salud: Público, Obras Sociales y Privado; que así mismo, se continúan subdividiendo en su interior según donde operen: Nación, Provincia o Municipio.

Dicha estructura sanitaria, también vigente en la Provincia de Santa Fe, presenta dentro del Sistema de Salud, al Estado como prestador de servicios y como regulador de los otros sistemas (público, privado y obra social).

La Red <sup>12</sup> de Servicios Público- Estatal <sup>13</sup> está conformada por centros de atención provinciales y por centros dependientes de los municipios (que incluye efectores sin

---

<sup>11</sup> Posgrado en salud social y comunitaria. Programa médicos comunitarios. Ministerio de salud, Presidencia de la Nación. Módulo 5: Políticas en Salud. Unidad 2, pág. 33.

<sup>12</sup> **Red\***: “El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. La red es el resultado de esa estrategia y constituye una modalidad organizativa y de gestión, que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.” (Perrone, 2000).

<sup>13</sup> Salud: Red de Servicios de Atención. Sitio oficial del Gobierno de la Provincia de Santa Fe.

internación, servicios con internación, una red de unidades móviles para atención a las urgencias y emergencias, y redes de soporte para el proceso de atención).

Este entramado institucional, genera mayor complejidad a la hora de poner en práctica lo que venimos mencionando desde el orden legal, ya que en la realidad se encuentran reflejadas ciertas disonancias y resistencias con respecto a la aplicación de las correspondientes normas y decretos.

Una de las disonancias reflejadas entre muchas, es en la Ley Nacional de Salud Mental, en su Capítulo V, Artículos 8° y 13° donde plantea como política, la promoción de los procesos de atención basados en abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados para la atención en Salud Mental.

Realidad no solo inexistente para los usuarios que no gozan del derecho de recibir dicha atención, sino incluso en muchos casos incongruente con los profesionales que no son integrados ni incluidos como necesarios a la demanda o son precarizados como actores principales del sistema de salud.

Por lo cual, ante el eminente conglomerado de problemáticas emergentes del campo de la salud que se visualizan cotidianamente, el Plan Nacional de Salud Mental (2013) propuso como objetivo promover la salud de todos los habitantes, jerarquizar el campo de la Salud Mental, integrándolo al campo de las políticas públicas, diseñando estrategias, planes, proyectos, programas, procedimientos, e intervenciones, posibles de implementar, monitorear y evaluar. Procurando la adecuación y/o creación de servicios, dispositivos, espacios, entre otras instancias, para que sean acordes a la política actual de Salud/Salud Mental.

De esta forma, la comunidad podría tener acceso a la red de servicios de salud mental, que en la actualidad es inadecuada a la modalidad de abordaje que estipula el nuevo marco legal. Donde se insiste en la promoción de estrategias de Atención Primaria de la Salud<sup>14</sup> (OPS, 2008), las cuales tienden a la promoción de redes de trabajo, insistiendo a la construcción social y singular, en lo posible por fuera del ámbito de internación monovalente (manicomios, colonias, clínicas, psiquiátricos) como estipula el Artículo 8° de la Ley Nacional de Salud Mental.

---

<sup>14</sup> **Atención Primaria de la Salud (APS)\*:** "...Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria". (OMS/UNICEF, 1978)

Esto implica, prácticas profesionales que tengan una parada clínico-política, es decir, desde donde se lean las problemáticas y se intervenga de una forma integral, dividiendo la multiplicidad de aspectos y dimensiones que las componen: singulares, sociales, contextuales, jurídicos y culturales; sin juzgamientos de orden moral: del bien o mal.

### **Discursos institucionales. Nuevas lógicas en Salud.**

Las nuevas legislaciones, como la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y la Ley N° 26.378: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, incumben e involucran a la ciudadanía, a los profesionales y a usuarios de instituciones de Salud a aggiornarse a nuevas lógicas emergentes. Lógicas que se instalan a partir de las construcciones sociales, que afloran de otras perspectivas que delinear y trazan paradigmas, como por ejemplo el paradigma social.

Esas lógicas entran en vigencia, e irrumpen las estructuras cristalizadas habilitando otras miradas, otras maneras de pensar a los sujetos, contemplando nuevas formas de trabajo, de relación. Instaurándose diversas formas de apertura de las instituciones a la comunidad, que generan rupturas de los discursos sociales, de construcción – construcción<sup>15</sup> de lo establecido como norma, como verdad, brotando movimientos que inauguran instancias saludables en los sujetos y propician bienestar en la comunidad.

Dicho impulso, impone el desafío de des-entramar los discursos sociales, históricos, jurídicos, administrativos y sanitarios consolidados hasta el momento, incorporando el aporte de otros saberes profesionales y de la experiencia, como nuevo ordenamiento para construir nuevas formas en Salud.

Este proceso, aún vigente e inacabado, plantea una transformación en la concepción de los sujetos, usuarios del sistema de salud; y trae consigo una perspectiva que jerarquiza los derechos humanos como motor y disparador de nuevos accionares.

---

<sup>15</sup> **De. construcción – construcción** \*: “...Hay que entender este término, “deconstrucción”, no en el sentido de disolver o de destruir, sino en el de analizar las estructuras sedimentadas que forman el elemento discursivo, la discursividad filosófica en la que pensamos. Este analizar pasa por la lengua, por la cultura occidental, por el conjunto de lo que define nuestra pertenencia a esta historia de la filosofía.” (Jacques Derrida, 1992).

Es decir, podríamos enunciar que esta irrupción y cambio paradigmático, es un proceso epidemiológico, en tanto proceso colectivo que aborda los fenómenos que atraviesan el campo de la salud y distingue sus huellas a nivel poblacional, de la comunidad. La particularidad específica y propia en el campo de Salud Mental, considero que tiene que ver con la complejidad en que dichas manifestaciones se vislumbran en las singularidades.

Por lo que se necesitan nuevas formas de abordaje, que no se restrinjan a acciones estrictamente asistenciales y de diagnóstico, sino que cobra renovada fuerza la posibilidad de crear y gestionar proyectos comunitarios en el campo de la Salud Mental. Propuestas, que como enuncia Galende, insistan en la autonomía de los sujetos y en la autogestión de las comunidades, delimitando el ejercicio del control social por parte de los profesionales y de las instituciones de salud.

Como condición de reconocimiento, los profesionales de la salud, tienen el desafío de involucrarse e incluirse a las nuevas formas, produciendo herramientas que constituyan una alternativa al consultorio y a la internación (como emblemas del paradigma asistencial - tutelar), trabajando en equipo, compartiendo saberes que multipliquen los efectos en la red de contención del usuario, y permitan operar en simultáneo sobre las problemáticas emergentes.

Esta nueva mirada, admite abrir el espectro y posibilita pensar el campo de la salud mental desde la interdisciplina, sumando nuevas perspectivas que brinden recursos a los usuarios otorgándoles mayor capacidad para resolver sus problemáticas teniendo en cuenta sus propio procesos, su potencia <sup>16</sup>, sus estados, contextos culturales y sociales, más que impuesto desde el afuera por alguna supuesta voz experta en la materia, propiciándole pautas y soluciones que no pueden ser sostenidas por los mismos.

*“Se trata de lograr abordajes que no resulten una constante marcación de un afuera y un adentro, de inferioridad y subordinación social” (Pelli, 2007).*

---

<sup>16</sup> **Potencia\***: Lo que alguien puede, sus capacidades de devenir singular.

### *Entramado discursivo: Musicoterapia y Salud.*

El hecho de gestionar un espacio de Musicoterapia abierto a la Comunidad, involucra a la disciplina en un hacer que trae consigo los lineamientos y huellas que plantean las nuevas formas de abordaje en salud.

La salud, es entendida como un proceso y una construcción social que contempla el contexto de cada sujeto, es decir, el papel que juega la organización económica, política, social y cultural, etc., como variables que determinan o se muestran como condicionantes de posibilidad de instancias saludables. Por lo tanto, podemos considerar que la salud no es solo el estado completo de bienestar físico, mental y social como enuncian los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.

El binomio de la salud-enfermedad contemplado desde el arraigado paradigma médico, se encuentra atravesado transversalmente por una serie de aspectos que configuran la realidad social como tal, y por lo tanto esta visión, esta forma de conceptualizar a la salud, no posibilita trascender las lecturas simplistas, reduccionistas, lineales, de corte asimétrico de los hechos, de los padeceres de los sujetos.

*“... Desde sus inicios, el pensamiento médico – social / salud colectiva latinoamericano problematizó la concepción de salud (y por ende de enfermedad) inherente a las prácticas hegemónicas. Comenzó cuestionando las categorías sociales utilizadas hasta el momento para incorporar “lo social” y, simultáneamente dejó de considerar la salud-enfermedad como estados antagónicos, para poner en el centro de la conceptualización el proceso de producción-reproducción social como matriz del fenómeno, también dinámica y procesual, de la salud-enfermedad..”*

*(Alicia Stolkiner y Sara Ardila Gómez. 2012)*

Es por lo tanto, interesante considerar la noción de salud de Juan Samaja (2014), donde se refiere a la salud como un proceso de construcción social. Estableciendo la posibilidad de contemplar la perspectiva comunitaria, como una mirada más abarcativa,

en cuanto percibe y visualiza la complejidad de la realidad a partir del análisis de múltiples factores: políticos, históricos, económicos, sociales, geográficos, culturales etc. que intervienen en los procesos de salud –enfermedad.

Estas variables son necesarias e inevitables de tener en cuenta para poder generar estrategias e intervenciones adecuadas para abordar las problemáticas de la comunidad. Es decir, la perspectiva que sustenta el paradigma social, propicia que se tenga en cuenta las múltiples voces de los integrantes de la comunidad en el bosquejo de las políticas sociales que inciden en su salud.

Estos nuevos horizontes, coinciden e inciden en nuestro concepto de salud, nuestro concepto de sujeto, y nuestra forma de coordinar la práctica musicoterapéutica.

Considerando a la Musicoterapia, como un abordaje en salud, que sostiene una construcción de pensamiento que interviene metodológicamente desde el arte.

*“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, M. José. 2002)*

Por lo que podríamos enunciar que el arte es concebido como aquel encuentro donde habita la máxima expresión sensible de creación y libertad, donde emerge el juego, liberado de prejuicios, preconceptos y normas, construyendo en ese acontecer sin estructuras ni condicionamientos impuestos. El arte como disparador de múltiples formas y sentidos.

La lógica con la que se planteó el desarrollo del taller, y la metodología con la cual se llevó a cabo el mismo, tiene que ver con un posicionamiento epistemológico<sup>17</sup> de la Musicoterapia, como disciplina de salud que se vincula con el arte. Como así también con una impronta que emerge con el nuevo paradigma de salud mental que contempla la

---

<sup>17</sup> **Posicionamiento epistemológico\***: Como aquel lugar desde donde el investigador se sitúa para observar y analizar las condiciones de producción de un conocimiento, de un hecho, de un pensamiento, y su relación con la realidad, parado desde un paradigma y de un sinfín de saberes- conceptos que lo soportan, poniendo el acento en los procesos mismos, en los sujetos participantes de esos procesos.

Ley Nacional N° 26.657, que plantea una construcción de salud desde el reconocimiento de derechos. Donde se reconoce en el artículo 3, a la *“salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas...”*.

Tanto la Ley de Salud Mental (LSM), como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), insisten en la premisa de que todos somos capaces jurídicamente. Concepto que se encuentra enmarcado en el Artículo 3 inciso a) de la CDPD que define como principio: *“El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”*.

Estas definiciones contemplan a la salud mental como un proceso, flexible, complejo, variable, en constante movimiento, que está inserto en una trama compuesta por una multiplicidad de aspectos que atraviesan y configuran nuestra existencia, nuestro andar, como así también, al contexto en el que nos desarrollamos y circulamos como ciudadanos de una comunidad.

Es por eso, que el sostenimiento del taller se fundamentó desde una lógica interdisciplinaria. A que nos referimos con una *lógica interdisciplinaria?*

- Al hecho de considerar una multirreferencialidad teórica<sup>18</sup>, desde donde otras disciplinas dan cuenta desde donde abordar las problemáticas sociales y así mismo, las construcciones sociales de discursos.
- A la ruptura con la causalidad disciplinar, y pensar en procesos de salud y no en estructuras cristalizantes que impiden la multiplicidad.
- A la ruptura de la objetivación del problema, y del sujeto.
- Por la indisciplina de los problemas, característica que enuncia Alicia Stolkiner, para remitir que la ciencia no puede abordarlo todo.

---

<sup>18</sup> Término empleado por Alicia Stolkiner, tomado de Loreu, para plasmar que no se pueden explicar problemas complejos unidisciplinariamente. V Congreso “La Salud en el Municipio de Rosario”. Salud: Construcción Intersectorial. Agosto, 1995.

- Y por qué éramos dos alumnas, ejerciendo el rol de coordinadoras de un espacio, en donde entran en dialogo constante nuestras subjetividades puestas en relación (intersubjetividad), e intervienen desde una mismo posicionamiento epistemológico y eso no es interdisciplina<sup>19</sup>.

Alfredo Carballada (2010), enuncia que: *“la interdisciplina, no es un problema de encuentros o sumatoria de campos del saber sino la interacción y reciprocidad simétrica de quienes la llevan a cabo. Para el autor, existe una “complementariedad”, pensada desde un proceso histórico-social; que genera rupturas o desintegra barreras desde el propio conocimiento para “entender”, que con “otros”, se pueden resolver ciertas complejidades que se presentan en las demandas del campo de la salud y de la realidad”*.

El trabajo con lo comunitario tiene innumerables aristas e intersticios, por lo que la tarea en el territorio suele ser considerablemente compleja de abordar en su totalidad, teniendo en cuenta su inherente capacidad de “constante transformación”, como enuncia Maritza Montero.

*“... es necesario destacar el aspecto dinámico, en constante transformación, de las comunidades. Una comunidad, como todo fenómeno social, no es un ente fijo y estático, dado bajo una forma y una estructura. Una comunidad es un ente en movimiento, que es porque está siempre en el proceso de ser, así como ocurre con las personas que la integran. Lo que permite definirla es la identidad social y el sentido de comunidad que construyen sus miembros y la historia social que se va construyendo en ese proceso...”<sup>20</sup>*

De este modo, se delinear, se dibujan como cartografías que muestran puntos de conexión y de circulación de discursos (jurídicos, sociales, sanitarios, políticos e históricos) interesantes a indagar, para desentramar la raíz de ciertas cristalizaciones, de estados de cosas, que se naturalizan como verdades irrefutables en nuestro pensar, decir, y estar como sociedad.

---

<sup>19</sup> **Interdisciplina\***: ampliación del concepto en el anexo: Glosario

<sup>20</sup> Maritza Montero. Comunidad y sentido de comunidad. Pág. 95

## **Circulación de discursos: jurídicos, sociales, políticos, históricos y de salud.**

Repensar las representaciones, prejuicios, pre-conceptos de las supuestas necesidades y problemáticas de una población, debería ser una tarea prioritaria de los profesionales, incluyendo a los Musicoterapeutas cuya especificidad es analizar los discursos, en tanto su organización y sus modos de entramarse en las singularidades.

*“...Hablamos de construcciones ideológicas para hacer referencia a estas formas de estructuración de narrativas y representaciones sociales, puestas en funcionamiento a través de un conjunto de discursos y tópicos discursivos dominantes, que tienen como resultado que las personas representen e interpreten la realidad social de manera parcial y reproduzcan patrones... Vale la pena aclarar que hablar de discursos socialmente dominantes (o hegemónicos) hace referencia a la circulación a nivel social de un amplio conjunto de significados y representaciones, sin desconocer que existen otros discursos posibles y efectivamente circulantes”<sup>21</sup>.*

Con el fin de realizar un análisis de los discursos, haremos referencia a construcciones de sentido discursivas que apuntan, en última instancia y por diversos caminos, a reproducir diferencias y posibles dicotomías.

Desde el orden de discurso (2013), terminología foucaultiana, es posible analizar cuestiones de fondo, que hacen que a través de construcciones discursivas se designen y construyan a los sujetos y los problemas sociales.

Ahondar en estas configuraciones, posibilita permear en el interior de sus propiedades y discurrir sentidos, direccionalidades y aspectos que permanecen de cierta forma velados.

---

<sup>21</sup> Curso de Violencia Institucional, discursos sociales y derechos humanos. Escuela de Derechos Humanos, de la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina.

*“Un aspecto fundamental a tener en cuenta son las formas en que estas creaciones discursivas son transmitidas y/o comunicadas. En tanto, que esas configuraciones discursivas, pueden devenir en un ordenamiento o disciplinamiento normalizador a partir de cierta naturalización que suele invisibilizar algunos aspectos de la realidad social, al mismo tiempo que se develan otros” (Angenot. 2010).*

Alcanzar una aproximación a los discursos intervinientes, es indagar en las profundidades y diferenciar sus condiciones de existencias, de posibilidad, en una puesta en relación con las problemáticas emergentes, en tanto se instalan como fundamentos incuestionables, como cristalización de ideas y sentires en las singularidades de cada sujeto. Es posible, por ejemplo, el visualizar como ciertos discursos sociales, como el ético – jurídico, es el soporte de muchos pre - conceptos, y dilemas de orden moral, que habilitan la exclusión de la diversidad como posibilidad de existencia.

La relevancia que toma la noción del discurso ético - jurídico, es sobrevalorado en el nuevo marco legal; en el mismo posee suma notoriedad el brindar soporte jurídico a las voces de los usuarios, quienes históricamente como menciona Foucault en la “Historia de la Locura en la Época Clásica”, fueron expropiados tanto de sus derechos como alienados hasta de su propia voz.

*“... "lo jurídico" no es, simplemente, una sumatoria de reglas y normas limitadas que sirven para plantear respuestas legales sino formas empleadas para definir subjetividades, saberes y, por consiguiente, relaciones entre las personas y la verdad”<sup>22</sup>.*

Por lo tanto, todo usuario que se acerque a un servicio de salud, espacio, dispositivo comunitario debe ser reconocido como sujeto de derecho, con plena decisión y participación en el mismo, sin etiquetas ni clasificaciones que lo anclen en una posición,

---

<sup>22</sup> Curso de Violencia Institucional, discursos sociales y derechos humanos. Escuela de Derechos Humanos, de la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina.

o en una categoría social como enfermos mentales, incapaces, locos, adictos, anormales, etc.

Como consecuencia a este nuevo derecho adquirido, podemos ver concatenadamente una de- construcción – construcción del discurso médico hegemónico, como otro de los discursos que intenta insoslayablemente sostenerse en estos tiempos de cambio, impartiendo criterios de verdad y autoridad. Cuando la realidad está en que emergió como ruptura de lo configurado hasta el día de hoy, otras formas de intervenir, trabajar, pensar, conceptualizar y discernir en salud.

Esto posibilita que ciertos términos que se desprenden del discurso médico - psiquiátrico vayan re -conceptualizándose, y empecemos a hablar de alguien que padece, alguien que posee derechos, fundamentalmente, alguien. Con la derivación positiva que al transformar ciertos términos discursivos de referencia o conceptuales, alude Stolkiner en *Conceptualizando la Salud Mental en las Practicas* (2012), esto impulsa un inevitable cambio en la práctica y en la formación profesional.

*“La producción de nociones, teorías y/o discursos es inherente a las prácticas sociales y sólo por razones metódicas es dissociable de ellas” (Angenot. 2010)*

Estos discursos, que están socialmente instituidos y enarbolados por distintos actores sociales, sostienen abordajes y tratamientos punitivos basados en el encierro, en el aislamiento, en la invisibilización de prácticas y exclusión de/ en la comunidad. Esto se muestra paradójicamente y en contraposición con las normativas vigentes anteriormente desarrolladas, con relación a la salud mental y los derechos humanos de los ciudadanos.

Sin mencionar, que muchos de los discursos sociales, en general se encuentran sostenidos y fomentados por los medios de comunicación, generando formación de opinión como discurso indiscutido, lo que populariza la instalación de los mismos como verdades a priori, y de carácter “científico” en su fundamentación. La tele lo dice, en el diario se lee, y las redes sociales lo viralizan.

Estos imaginarios son producidos y cristalizados en el interior de las sociedades, desde otro instrumento de poder: el discurso disciplinar. Michael Foucault, en su libro *el Orden del Discurso*, se centra en el estudio de los discursos disciplinarios como formas

de poder dadas en interior de las sociedades. La disciplina constituye un principio de control de la producción del discurso, estableciendo los límites a través del delineamiento de una identidad que actualiza permanentemente sus reglas.

*“¿Qué es, después de todo, un sistema de enseñanza, sino una ritualización del habla; sino una cualificación y una fijación de las funciones para los sujetos que hablan; sino la constitución de un grupo doctrinal cuando menos difuso; sino una distribución y una adecuación del discurso con sus poderes y saberes? ¿Qué es la «escritura» (la de los «escritores») sino un sistema similar de sumisión, que toma quizás formas un poco diferentes, pero cuyas grandes escansiones son análogas? ¿Acaso el sistema judicial y el sistema institucional de la medicina no constituyen también, al menos en algunos de sus aspectos, similares sistemas de sumisión del discurso?” (Foucault.1992)*

Dichos discursos tienen una estrecha relación con la historia: conformaron los paradigmas científicos y positivistas, de los cuales hoy vemos vestigios en los fundamentos teóricos – prácticos de los profesionales de la salud.

*“En Vigilar y Castigar, Foucault analiza las tecnologías de poder que atrapan los cuerpos en las redes de saber- poder, y, entre ellas de saber-poder médico. Para él, el surgimiento del capitalismo no se comprende solo desde la acumulación de capital señalada por Marx, esta acumulación de capital es acompañada por una acumulación de cuerpos que necesariamente deben docilizarse en función de los nuevos trabajos que les son impuestos. El paso del trabajador artesanal y agrícola al obrero industrial se realiza en el marco de un nuevo diagrama de poder en que los cuerpos, retenidos en dispositivos como la fábrica, la escuela, el hospital, quedan insertos en una red de vigilancias múltiples y constantes y de tecnologías específicas, cuya función esencial será la de corregir, normalizar, disciplinar, docilizar el cuerpo y el “alma” de los hombres: su tiempo*

*debe ser medido y plenamente utilizado, sus fuerzas deben aplicarse continuamente al trabajo. Los dispositivos saber- poder son productivos: producen cuerpos disciplinados, normalizados; producen saber: un saber tecnológico que surge de la observación de las microadaptaciones de esos cuerpos a los procesos y condiciones de la disciplina; un saber científico que surge de la observación de sus comportamientos en los procesos educativos, penales, terapéuticos” (Esther Díaz de Kóbila. 2008)*

Pequeña trampa en que los profesionales de la salud pueden caer, al pararse desde una posición asimétrica de poder fundamentada desde su supuesto saber convirtiéndose en representantes de control social. Un posicionamiento ético es el situarse a analizar los hechos, y los discursos que nos atraviesan y nos conforman como seres del lenguaje para comprender la complejidad de lo que acontece.

Es así como por épocas, es posible visualizar determinados discursos o formas de conceptualización: de la locura, de la capacidad, de los sujetos, de la salud, del bien, del mal, de la enfermedad, que están relacionados con el paradigma de verdad que se sustenta en ese momento determinado, a su vez atravesado por lo político, lo social, lo económico, y demás intereses. Estos paradigmas, que en determinados momentos son legitimados por la ciencia, van evolucionando, van modificándose, y con ellos, las nociones que conllevan dentro de las disciplinas.

*“La multiplicidad de sentidos con los que el término de salud mental fue introducido, generó un nuevo foco desde el cual abordar los problemas, y éste era el de comprender los sufrimientos mentales del individuo en el conjunto de sus relaciones familiares, grupales y sociales en un sentido amplio...”*

*“... el objeto de la salud mental no es de un modo exclusivo del individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad”.*

*(Amati. 1996)*

Estas nuevas formas de pensar los abordajes, permite intervenir y conocer lo que emerge como dilema en cada sujeto, y para ellos en la comunidad en la que viven.

Este posicionamiento ético, no considera a la salud mental desde una perspectiva que patologiza a los individuos, sino desde la consideración y dilucidación de las condiciones de posibilidad<sup>23</sup> como de reconocimiento\* socio-históricas del proceso salud-enfermedad.

*“La salud mental de una comunidad está determinada social e históricamente. Es un proceso resultante de las condiciones de vida, de la historia y de los proyectos de una sociedad. Cada cultura marca a sus miembros con el particular significado que le da a la realidad. Nadie recibe los hechos sin que atraviesen y se tiñan de todos los símbolos, sentidos y mitos que hacen a la individualidad de esa cultura.” 24*

La Salud Mental hace referencia al proceso salud-enfermedad, como campo complejo, amplio y multidimensional, que no es patrimonio de ninguna disciplina específicamente.

La definición de enfermedad y de normalidad proviene de un campo del saber que los conceptualiza en relación al paradigma y a la estructura social, política - económica vigente. En este punto, se puede pensar como los manuales DSM V o el CIE 10 evalúan, a qué tipo de intereses responden y desde qué lógica plantean sus clasificaciones y criterios para definir los trastornos mentales. En este sentido, se puede relacionar y afirmar, que se rigen con la lógica de mercado que prevalece en este momento histórico, el neoliberalismo, y lo que esto genera: la mercantilización de la salud, la medicalización de todas las esferas de la vida de una persona, la influencia de los laboratorios en la práctica de los profesionales de la salud, la relación entre las obras sociales - prepagas y

---

<sup>23</sup> **Condiciones de posibilidad\*:** Es para mí homologable a pensar este concepto como condiciones de producción, parafraseando al autor Eliseo Verón, en Semiosis Social. Se definen como las restricciones que determinaran la generación del discurso a analizar, se describirán como las operaciones que darán una asignación de sentido.

<sup>24</sup> Emiliano Galende, “De un horizonte incierto”. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Ed. Paidós

la elaboración de los diagnósticos fijos y determinados por los manuales nombrados, clasificando y encasillando a los sujetos un estado designado e inamovible.

*“La salud es un valor esencialmente ligado a la idea de libertad o autodeterminación. La “enfermedad” es una limitación, a través de la cual la libertad debe abrirse nuevamente paso.” (Samaja. 2004)*

Es necesario desplegar la idea de que no hay un criterio universal que defina la enfermedad mental de una vez y para siempre. Su concepción presenta un carácter relativo; esto quiere decir que su definición depende del paradigma desde donde sea leído, y del tiempo - espacio en donde este soportado dicha categorización.

### **Los discursos y la Musicoterapia.**

Desde el territorio de la Musicoterapia, y en coherencia con Juan Samaja y Gastão Wagner de Sousa Campos, sostenemos que el concepto de salud está íntimamente ligado a la libertad, a la autonomía y a la autodeterminación personal.

*“Sospechar sobre el sujeto es convidar a pensar el devenir como instancia que privilegia al sujeto en su calidad de ser en el instante y 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 Daniela. 2002)*

Esta sospecha sobre el sujeto, corresponde a una concepción de sujeto sustentada en la concepción deleuziana del devenir como criterio de salud. Concibiendo al sujeto, como ser libre, como potencia, con posibilidades de elegir, optar, mutar y transitar espacios a des-territorializarse y re – territorializarse incesantemente, para generar instancias saludables.

*“Promover la salud en musicoterapia significa potencializar rasgos sanos de un sujeto o grupo de sujetos a través de actividades expresivas y creativas que colaboren en la toma de conciencia de sus fortalezas, de sus deseos y de las herramientas con que cuenta para llevarlos a la realidad solo y con la necesaria ayuda de su entorno.”*  
(Pellizzari, Patricia C. Rodríguez, Ricardo J. 2005)

La autonomía del sujeto se presenta en un lugar central dentro del Nuevo Código Civil Argentino y en la Ley Nacional de Salud Mental, como así también en la Convención para las Personas con Discapacidad, otorgándole a la persona la potencia plena en el ejercicio, tanto de sus derechos y obligaciones, como de su vida cotidiana.

Es en este punto, que se empieza a diferenciar y vincular también la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), la Ley de Discapacidad, como el nuevo Código Civil y Comercial (CCyC). Dentro del Derecho, se encuentran diferentes corrientes de pensamiento de las que se desprenden las leyes y normativas que figuran en las legislaciones de nuestro país. Cada modelo de pensamiento acuerda con distintas concepciones, por ejemplo, acerca de las capacidades, de lo que comprende la categoría de persona y de discapacidad, entre otras. En el artículo 52 del Código Civil argentino (CC) se plantea que la capacidad jurídica es uno de los atributos esenciales que, junto al nombre, el domicilio, el patrimonio y el estado civil, definen a la persona como sujeto de derechos.

Aquí se puede visualizar el enlace entre el discurso jurídico y el discurso presente dentro del campo de la salud mental. Es así, como las bases legales propician que en la actualidad se considere el ser humano como sujeto de derechos. Esto significa que por el mero hecho de ser persona hay derechos que son inherentes a esta condición.

Teniendo en cuenta lo anterior, queda plasmado el vínculo entre la salud mental y el discurso jurídico, y dentro de este, los derechos humanos, ya que las legislaciones en cuestión le otorgan al usuario derechos ineludibles a su carácter de persona como dignidad, libertad y autonomía.

Por lo tanto, podríamos resumir en pequeñas palabras, que somos sujetos de derecho, sujetos inmersos en el lenguaje, atravesados por un sinfín de discursos, que nos constituyen, nos soportan.

La singularidad de cada sujeto, deviene con lo que acontece en cada momento y espacio histórico - social, por lo cual las formas de pensar, percibir, sentir y actuar están íntimamente vinculados con las relaciones (de poder y de saber) que sostenemos, experimentamos y luego formalizamos.

Los modos en que formalizamos lo percibido, lo que nos rodea, se halla entramado en las diferentes dimensiones que habitamos, que hacen que todo el tiempo se de-construya – construya nuestra existencia como tal.

Pensando desde la disciplina de la Musicoterapia, e interviniendo metodológicamente y estratégicamente desde el arte, no considero la posibilidad de anclar, ni paralizar al sujeto a una constitución ni situación que lo determine. Por el motivo de que creo que él mismo, tiene la potencia de operar sobre la realidad en la que está inmersa para transformarla, en el continuo devenir posibilitando la aparición de formas y posiciones<sup>25</sup> nuevas donde ubicarse en el entramado social, como signo de empoderamiento<sup>26</sup> de sus capacidades.

La experiencia de la improvisación en Musicoterapia, habilita un espacio de libertad, posibilidad de movimiento, en tanto no hay determinismo ni a priori que limiten el elegir donde situarse. Es un territorio a habitar, a transitar sin jerarquías que nos determinen y diferencien entre si. Es un espacio de encuentro, con uno, con el otro, con el arte, habilitando la posibilidad de que emerja allí, la expresión, las formas, los sentidos, la creación, y los discursos que nos atraviesan.

---

<sup>25</sup> **Posición\*:** Lugar en la textura de una creación colectiva, que se puede crear, ocupar, dejar, habilitar para que otro lo ocupe, etc. La textura, es la manera en que se combinan los elementos en una composición, mostrando una forma. Pensando este concepto como abductivo a diferentes ámbitos (sonoro, social, vincular).

<sup>26</sup> **Empoderamiento\*:** Concepto definido por la OMS, como un proceso social multidimensional, a través del cual los individuos y el colectivo de la comunidad logran un mejor conocimiento y una mayor capacidad de elección como de decisión sobre sus vidas. Por lo cual, pueden transformar su entorno a través de la toma consiente de decisiones de orden personal, social y política, y como consecuencia de ello, mejorar su salud.

Es decir, es un territorio, en tanto espacio donde se vivencia la multiplicidad y se vislumbra la potencia del sujeto, como condiciones de producción y de posibilidad de creación.

El musicoterapeuta habita ese territorio desde su singularidad, interviniendo en pos de potenciar la aparición de la multiplicidad como forma, reconociendo la capacidad y la posibilidad de devenir. Trabajando en el ejercicio espiral del percibir – formalizar<sup>27</sup>, a partir de la lectura de los discursos circundantes, y el hacer de los sujetos, como hechos que acontecen en dicho espacio.

A partir de dichas lecturas, el Musicoterapeuta, invita, acompaña e interviene con propuestas, consignas verbales y/o musicales, corporales, que apuntan a generar, reconocer, sostener y expresar discursos. Discursos individuales, colectivos, entramados, que dan cuenta de otros discursos, de posiciones y de una escucha de lo que allí se vivencia grupalmente.

La Licenciada Daniela Gianoni, en su Tesis de Grado: *De abismos y superficies* (2002) dice: *“La improvisación es leída/escuchada como una red que se dibuja en el entrecruzamiento de discursos, aquellos que se conforman en la puesta en juego de una materia sonora, corporal”*.

Es allí, en la vivencia y en el transitar por el territorio de la improvisación que propone la Musicoterapia, que uno puede percibir – formalizar, que puede. Esa capacidad de poder (potencia), como sinónimo de empoderamiento singular, se refleja en que el sujeto puede expresarse, que puede vincularse, que puede escuchar y ser escuchado, que puede construir y componer un discurso, que puede ocupar diferentes posiciones, que puede reconocerse en ese hacer, que puede concebir al otro como un semejante, que puede construir algo junto a ese otro, y a muchos otros.

Por lo tanto, la experiencia de la improvisación, invita a trabajar tanto lo singular como lo grupal, y eso de por sí, constituye un movimiento, pequeños movimientos que generan instancias saludables. Esa construcción hacia la salud, y en salud, permite

---

<sup>27</sup> **Percepción-formalización\*:** “del cómo hacer visible un posible orden de cosas que posibilite operaciones en la región de los fenómenos por conocer. Un recorte de formas de la experiencia que permita seguir deconstruyendo-construyendo como proceso de inagotable circularidad en el que esta forma de la experiencia deviene materia para otra forma de la experiencia.” (Gianoni, 2002)

promover nuevas formas y condiciones posibles de ser abducidas por los sujetos a la comunidad, y a la cotidianeidad propia.

La posibilidad de habitar otras o múltiples posiciones que conllevan esas nuevas formas, irrumpe propiciando una de construcción – construcción de su realidad, cambios en su determinismo, en su estructura, en sus representaciones, permitiendo que emerja la singularidad y el devenir propio.

Sintetizando del alguna forma el marco conceptual y teórico que nos sustenta, y articulando lo desarrollado hasta aquí, en cuanto los nuevos paradigmas en salud, las leyes, las normas vigentes, y las inmanentes problemáticas del orden social y de la salud. Considero que es necesario e importante el trabajo en la comunidad y la creación de redes, para construir en conjunto desde los intersticios, espacios de salud.

Alicia Stolkiner, fundamenta al trabajo en salud mental, como el lugar en donde la producción de subjetividades tiene que ver con numerosas dimensiones, que se conjugan en un tiempo y espacio determinados, configurando construcciones de sentido.

*“En todo caso, el trabajo en Salud Mental es siempre un trabajo de producción de significaciones. De generación de espacios “imaginantes” en circunstancias en que lo hegemónico es la standarización de lo subjetivo, de soporte de particularidades. Y ésta es la vía congruente con el favorecer la rearticulación de redes sociales y acciones solidaridad”. (Stolkiner. 1994)*

*“...Se puede vivir una larga vida sin aprender nada.  
Se puede durar sobre la tierra sin agregar ni cambiar una sola  
pincelada del paisaje.  
Se puede simplemente no estar muerto sin estar tampoco vivo,  
basta con no amar, nunca, a nada ni a nadie; es la única receta  
infalible para no sufrir.  
Yo aposté mi vida a todo lo contrario,  
y definitivamente había dejado de importarme si lo perdido era más  
que lo ganado,  
creía que ya estábamos a mano el mundo y yo,  
ahora que ninguno de los dos respetaba demasiado al otro.  
Pero un día descubrí que todavía podía hacer algo para estar  
completamente vivo antes de estar definitivamente muerto...  
Entonces...  
Me puse en movimiento...”*

***(Monólogo de Héctor Alterio en “Caballos salvajes”)***

## ○ **Des- entramando.**

A continuación, para introducirnos en lo anteriormente detallado y esbozado como marco referencial del desarrollo de la tesis, se bosquejara una especie de cartografía, que permita situarnos a pensar y leer todo lo que pueda narrarse en las próximas palabras, oraciones, hojas, y páginas...

En primer instancia diremos que el Territorio dónde vamos a aventurarnos, y sumergirnos es el del Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad, como un universo posible a indagar.

Desde allí, distinguiremos como se entrecruzan los ejes:

(Musicoterapia—Salud- Comunidad- Instituciones),

desplegaremos niveles<sup>28</sup>, planos<sup>29</sup> y dimensiones<sup>30</sup> de análisis de dichos discursos, para vislumbrar lo que acontece en dicho espacio, las formas de organización, las relaciones que se entraman y des-entraman tanto en las singularidades de los sujetos, en lo grupal, social e institucional, de manera tal de poder seguir ahondando y abriendo a la multiplicidad de sentidos.

---

<sup>28</sup> **Niveles\*:** Se vislumbran y diferencian como tipos lógicos de una configuración posible, son componentes en su posible forma de configurarse en un mapa, o territorio a analizar.

<sup>29</sup> **Plano\*:** Cuando se habla de plano, nos referimos a niveles que se establecen según relaciones de figura- fondo. En el caso de esta tesis, se constituyen como niveles que surgen de la articulación de lo que se muestra en el análisis, con una construcción de sentido por parte de quien escribe. Por ejemplo: La dimensión institucional es configurada por diversos planos que la constituyen como tal.

<sup>30</sup> **Dimensión\*:** Niveles de lectura que se distinguen al indagar, en tanto diferencian y especifican en categorías posibles, el territorio a analizar o el fenómeno que acontece. Permitiéndonos ampliar los sentidos a la multiplicidad y a otras perspectivas a tener en cuenta.

## **Territorio: Taller de Musicoterapia Abierto a la Comunidad.**

En este pequeño apartado dejaremos plasmado, que el Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad, se inauguró como posibilidad de viabilizar una apertura para las personas de la comunidad que querían o solicitaban vivenciar la experiencia de transitar y habitar un espacio de Musicoterapia.

Invitación que incitaba y promovía por un lado, alcances educativos para nuestra formación, como profesionales en tanto práctica clínica que articulaba el establecimiento universitario y la comunidad. Como así también, por otro lado, alcances sociales, y de salud para los participantes, ya que se proponía un espacio de encuentro no clínico, fuera de un marco institucional donde rige el diagnóstico como binomio de salud/ enfermedad, de tratamiento y seguimiento del mismo.

Es decir, que el taller emerge para trabajar desde y con perspectivas que tienen una impronta auto-gestiva de prevención y promoción de la salud.

Formalmente el taller estaba formulado a implementarse con la idea de: gestionar, sostener un espacio de Musicoterapia, para y por los estudiantes que posibilite a los mismos hacer prácticas concretas, donde vivenciar experiencias que les permita formarse como profesionales de la salud que ingresaran a la vorágine laboral ; de generar instancias saludables en los sujetos participantes, y por ende, en la comunidad, a través de un espacio que responda a problemáticas emergentes de la sociedad, propias del momento histórico-sociocultural ; y de brindar a la comunidad un espacio de promoción de la salud desde la perspectiva musicoterapéutica.

Es decir, los talleres contemplaban una lógica que tenía en cuenta la singularidad de los sujetos, en su complejidad real y en el momento histórico- sociocultural que estaban inmersos. Se insistía en poner en juego las percepciones, las emociones, y la sensibilidad de cada participante al posibilitar transitar por el territorio del arte, habilitando así instancias saludables que emerjan de él y en la relación con el otro.

El espacio se organizaba y conformaba a partir de lo que hacía relieve en el proceder de los talleres, reflexionando sobre diversos emergentes que se manifiestan socialmente en la cotidianidad, como por ejemplo: discriminación, violencia, intolerancia, adicción, marginación, enfermedad, salud, entre otros; y como nosotros, como sujetos inmersos en una comunidad, nos posicionamos para hablar y actuar sobre dichas problemáticas.

Proponíamos así mismo, que se trabaje en el pasar de los encuentros, con el des-entramar y visibilizar cuestiones de índole sociales, que les generaban malestar, al instaurarse en cada uno, como una creencia, mito, o prejuicio, para trabajar en el reconocimiento de los mismos, en pos de permitir pensarse y re – pensarse, incluso interpelarse: ¿Cómo influyen en la singularidades dichas problemáticas emergentes de la sociedad?

Por lo tanto, el Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad, era un espacio de encuentro, un territorio a des- territorializarse y re- territorializarse<sup>31</sup> constantemente a partir de las vivencias, de la reflexión sobre situaciones que generan malestar, tanto en la cotidianidad propia, como social, e institucional de los participantes.

De esta manera, poder ahondar en instancias de reconocimiento del hacer de cada uno, posición de reflexión, de pensar y actuar sobre esas situaciones que nos sucumben. Trabajando en la apropiación de los derechos desde el reconocimiento de los mismos y en la insistencia de nuestra singularidad como sujetos (de derechos). Des-entramando problemáticas arraigadas en la sociedad que generan malestar y prejuicios, para sensibilizar a la comunidad a partir del trabajo y el proceso de de-construir/construir la entidades del discurso social que son tomadas como propias, generando presupuestos y creencias que imposibilitan que emerja el discurso propio.

Sensibilizarnos, en la experiencia, o en la vivencia ante la naturalización de estas cuestiones, permitió pensar estrategias e intervenciones para realizar en conjunto en la comunidad, ya que el objetivo, era precisamente poder volcarlo a la misma, y que no quede solo dentro de las paredes de la institución universitaria.

Es por eso, que nos propusimos como coordinadoras planificar en conjunto con el grupo, en forma de cierre del taller, una intervención social donde ellos puedan plasmar su proceso, compartir y transmitir toda la experiencia vivenciada en el taller hacia la comunidad.

---

<sup>31</sup> **Territorio a des- territorializarse y re- territorializarse\***: Un territorio que debe ser siempre territorializado, ocupado, reconstruido y habitado... La des- territorialización puede ser considerada un movimiento en el cual se abandona el territorio: una operación de líneas de fuga. En dicho movimiento de des-territorialización es posible la creación, y para que se cree algo nuevo es fundamental romper el territorio existente, creando otro: re- territorialización, un movimiento de construcción del territorio. (Guattari y Rolnik, 1996).

El “Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad”, como territorio a habitar y transitar, está comprendido por un conjunto de aspectos y formas que hacen relieve en la superficie del mismo, dando cuenta de lo acontecido en dicho espacio y permitiéndonos delinear un análisis del mismo.

Quien observe, vislumbrara tramas que se configuran y se entrecruzan constantemente. Es preciso detenerse a percibir y distinguir a que orden lógico corresponden, para de esta manera, comprender y visualizar con claridad lo que emergió durante el proceso del taller como en sus participantes.

El Territorio: Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad, está conformado por tres dimensiones, que a si mismo están compuesta por otros niveles, o planos que lo conforman. De manera organizativa, primero se describirá y especificara cada dimensión, y los niveles constitutivos, para luego plasmar un breve análisis de cada uno.

## **Dimensiones.**

### **1. DE LO SOCIAL**

- Huellas en la Comunidad.
- Huellas de la Musicoterapia.

### **2. DE LO INSTITUCIONAL.**

- Delineados institucionales.

### **3. DE LO SINGULAR.**

- Trazando la lógica del taller.
- Devenir de un proceso.
- Construcciones de sentido.

# 1. DIMENSIÓN DE LO SOCIAL.

## Huellas en la Comunidad.

Aquí nos detendremos a pensar desde una perspectiva que nos describirá cuáles son las condiciones de posibilidad que configuran el contexto actual de la realidad y que dan cuenta de lo que se vivencia socialmente.

En este plano de la dimensión social, se expondrá cómo las estructuras sociales, las formas pre- establecidas y cristalizadas, las naturalizaciones y las apropiaciones de las mismas, son condiciones de posibilidad de situaciones que emergen como problemáticas en las singularidades o como efectos de superficie en la comunidad.

*“No existe una subjetividad que pueda aislarse de la cultura y la vida social, ni tampoco existe una cultura que pueda aislarse de la subjetividad que la sostiene.*

*Esta mutua determinación - en verdad, mutua producción - debe ser nuestro punto de arranque, ya que la subjetividad es cultura singularizada tanto como la cultura es subjetividad (objetivizada en los productos de la cultura, las formas de intercambio y las relaciones sociales concretas que la sostienen, pero también en las significaciones y los sentidos que organizan la producción cultural).”*  
(Galende, 1997)

El indagar en las singularidades de los sujetos implica una interrogación de los sentidos otorgados, las significaciones, los valores éticos y morales, que se producen en una determinada cultura en un delimitado territorio; como así también, las formas de apropiación de lo que acontece, de lo que perciben los sujetos y como desde sus singularidades lo formalizan y lo reproducen en sus acciones cotidianas.

Como seres del lenguaje, sumergidos en una comunidad (que posee sus rasgos, sus formas, sus aspectos, sus discursos, etc.), la construcción de un sujeto depende directamente del contexto y la cultura en la que este inserto. En dicho proceso de construcción, se verá intervenido y disciplinado por instituciones socio – históricas:

como la familia, la escuela, el trabajo, que moldearan su estructura hasta la apropiación e internalización de la misma, conformando una identidad, una forma de relacionarse concreta y una singularidad propia de cada uno.

Es decir, que en el mismo devenir sujeto, uno se halla subyugado a una estructura, a un esquema confeccionado para no salirse y a ser funcional a un sistema social, económico, etc.

En las últimas décadas, la sociedad en general, ha atravesado una metamorfosis que ha dejado sus huellas en las singularidades y sus reflejos en lo colectivo, ubicando a las instituciones mencionadas (familia, escuela, el trabajo, etc), como lugar donde acontece y emergen las problemáticas y padeceres de los sujetos. Es decir, se presentan como el ámbito social en el que se gestan y se despliegan, en tanto que las instituciones y los procesos de producción de subjetividad esta internamente ligados. No hay instituciones sin sujetos ni viceversa.

Tanto Galende, en su libro “Conocimiento y prácticas de salud mental” (2015), como Augsburger en “De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave”, desarrollan un análisis de las transformaciones que hacen relieve en la superficie social, visibilizando las nuevas formas de los malestares que atraviesan las comunidades. Podríamos enunciar de dicho análisis, que esas metamorfosis se reflejan en la relación de los sujetos con la familia, la escuela y el trabajo.

**La familia:** es el vínculo más íntimo de socialización, sostén y de pertenencia, que le otorga al sujeto una historia, lo incluye en un entramado genealógico que opera como soporte de la constitución identitaria singular. En la actualidad, si bien, han germinado nuevas libertades y nuevas formas a la familia patriarcal clásica, formas que tienden a la apertura de nuevas relaciones, y al empoderamiento de las mujeres en la trama social, política y económica; es la relación más vulnerada por las mutaciones sociales, instituyéndose en un proceso de fragilización del vínculo familiar, generando una ruptura de la estructura existente.

Las formas tradicionales tienden a alterarse describiendo otras situaciones que muestran la deconstrucción - construcción del entramado familiar como tal. Por ejemplo, se observa familias ensambladas, la ausencia de uno de los padres, hijos compartidos en

dos hogares, o conviviendo con nuevos cónyuges de sus padres. Como también, se puede visualizar cada vez más la mujer asumiendo una doble posición: dentro y fuera del hogar.

La segunda institución nodal para comprender los problemas actuales del campo de la salud mental de la comunidad: es *la escuela*. Ella ha sido tradicionalmente, y continúa siéndolo, un agente privilegiado de socialización. El proceso de socialización<sup>32</sup> es comprendido como la relación que el sujeto construye y sostiene con la sociedad (en primera instancia la familia, y luego la escuela). Mediante esa dinámica la realidad es internalizada, es asimilada por los sujetos, es decir, se vuelve subjetiva.

La escuela así mismo, se basa en el disciplinamiento, conforma valores e impone hábitos y procedimientos que regulan y contienen las conductas humanas dentro de los límites de la normalidad.

Otro espacio social donde hacen resonancia los cambios y emergen los efectos de superficie: es *el trabajo*. Dicha actividad, propiamente humana, cumple una función central en las posibilidades de producción y de reproducción social<sup>33</sup>. Tanto la constitución de la identidad como también la construcción de significados sobre la existencia singular y social, están dadas por medio del quehacer, el trabajo que desempeñamos.

En las últimas décadas, nuestro país ha estado marcado por una profunda crisis del mercado de laboral. Como consecuencia de ello y a pesar del crecimiento, una proporción cada vez mayor de la población queda excluida a los beneficios de sus derechos, y quedan postergados en la distribución de las riquezas. Por lo que, como contraposición al trabajo: el desempleo, la permanente amenaza a la pérdida del trabajo, la desprotección gremial y laboral del estado, no pueden ser vistos como factores aleatorios, o solo como circunstancias contextuales, ya que únicamente induce a la constante ruptura de los vínculos grupales e institucionales. Instalándose otras problemáticas singulares y colectivas que se despliegan de estos: la exclusión social, la estigmatización, las adicciones, el analfabetismo, la delincuencia, la violencia social y

---

<sup>32</sup> Augsburger, Ana Cecilia. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Página 10.

<sup>33</sup> Augsburger, Ana Cecilia. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Página 8.

de género, la vulnerabilización de los derechos, la impunidad, la desprotección del estado, entre otros.

En el municipio de Rosario, la tasa de desocupación desde el año 2000 supera el 18% de la población económicamente activa y se acentúa en los grupos sociales con menor nivel educativo. Entre los jóvenes de menos de 25 años alcanza casi al 25%, jóvenes que probablemente no hayan trabajado nunca y que encuentran severos obstáculos para insertarse en el mercado laboral. Casi el 50% de los trabajadores asalariados no tiene cobertura social o la tiene en forma incompleta. El 42,3% de ellos no tiene afiliación sindical, espacio gremial de pertenencia y un 30% son sobreocupados (personas que trabajan más de 45 hs. semanales )<sup>34</sup>.

### **Huellas de la Musicoterapia.**

Dimensión que nos brindara un mayor conocimiento del territorio a indagar para propiciarnos un marco que permita esclarecer al lector el momento en que la profesión se halla y en donde se insertó el Taller. Una breve contextualización macro del mapa donde se sitúa y como históricamente - socialmente se fue insertando la disciplina de la Musicoterapia en la Argentina, especialmente en Rosario, Santa Fe.

*“... Leer, interpretar y desentrañar los procesos históricos por los cuales ha transcurrido la musicoterapia y los musicoterapeutas permite entender cómo se configura en cierta manera en el presente y avizorar cierto horizonte”.*

*(Savazzini. 2005)*

La musicoterapia como disciplina surge alrededor de 1948 en nuestro país, con la conformación de un grupo de profesores de Educación Musical que se interesaron en la aplicación de la música en el tratamiento con niños con discapacidad. Años posteriores,

---

<sup>34</sup> Plan Municipal de igualdad de oportunidades entre varones y mujeres. La situación de la mujer en Rosario. Período 2000-2004.

conjuntamente con otros profesionales del área de la salud, crearon en el año 1966 la Asociación Argentina de Musicoterapia. Es en ese momento histórico se consolida la carrera universitaria de Musicoterapia, la misma comienza a dictarse en Buenos Aires, en el año 1966-67 en la Universidad del Salvador. (Ferraggina, Amelia. 2004)

En la actualidad existen cuatro universidades que otorgan título de grado habilitante para ejercer la profesión en Musicoterapia:

- Universidad del Salvador (Buenos Aires)
- Universidad Abierta Interamericana  
(Buenos Aires - Rosario)
- Universidad de Buenos Aires (Buenos Aires)
- Universidad Maimónides (Buenos Aires)

Cada institución educativa tiene su perfil de formación, y plan de estudios (de 4- 5 años de duración), en todos se contemplan prácticas pre-profesionales, variando la cantidad de horas y lugares de acción. Actualmente se llevan a cabo en Hospitales Neuropsiquiátricos Nacionales, Provinciales, Hospitales Generales y Agudos, Escuelas de Educación Especial, Centros Educativos Terapéuticos, Centro de Estimulación Temprana, Centro de Atención Geriátrica, Centro de Acción Familiar, Centros Culturales, entre otros.

En la ciudad de Buenos Aires y en el sur del país, funcionan programas de concurrencia y residencias oficiales en Musicoterapia en varios hospitales, lo cual genera distintos campos de acción de la especificidad como: Salud Mental en Infancia, Adolescencia, Adulterez, Patologías Orgánicas y Funcionales, Bulimia y Anorexia, Trastornos Generalizados del Desarrollo, Trastornos del Espectro Autista, Adicciones, Atención a las Problemáticas Socio-comunitarios, entre otros.

Con las nuevas perspectivas interdisciplinarias, la Musicoterapia se ha integrado a equipos y dispositivos que promueven la prevención - promoción de la salud, por lo tanto, se ha extendido su área de acción a campos preventivos y comunitarios tanto como en lo social y educativo. Lo cual genera una expansión en sus incumbencias proporcionada por los cambios en la formación, que habilita que sus abordajes no sean

dirigidos solo hacia la rehabilitación y tratamiento de diagnósticos como era en primera instancia (Altamiranda, Pedro. 2015).

En la provincia de Santa Fe, dicho transitar histórico de la Musicoterapia se puede registrar, ya que con el transcurrir de los años, hubo un considerable aumento de estudiantes interesados en la formación y un incremento de profesionales ejerciendo la profesión, lo que permite entrever un avance, una consolidación de la misma como disciplina, que genero una mayor autonomía e integración dentro del ámbito de la salud.

Así mismo, considero que este progreso tiene que ver con el momento histórico social y cultural actual, en el cual la perspectiva de salud se ha ampliado debido a las nuevas demandas y necesidades de la comunidad. Como así también la modificación y la implementación de nuevas leyes, han posibilitado la inserción de la Musicoterapia en diversos ámbitos (educación, salud, social, etc.).

El 10 de Junio del año 2015, se aprobó la Ley Nacional N° 27.153: del Ejercicio Profesional de la Musicoterapia (aprobada en la ciudad de Buenos Aires y oficializada en el Boletín el 3 de Julio del corriente año). En el año 2016, el 19 de Abril, se sanciono la reglamentación de dicha ley, otorgando un marco legal al ejercicio de nuestra profesión que nos habilita a ser visualizados y jerarquizados dentro de los paradigmas de salud, como actores del mismo

Estas nuevas configuraciones que se perciben tienen que ver con un cambio de paradigma, en el que se empieza a considerar como re- relevante el trabajar para la prevención y promoción de la salud. Tomando a la prevención y la promoción como un accionar desde un lugar de reconocimiento de las problemáticas actuales que emergen, pudiendo así identificarlas y re pensarlas en pos de generar instancias saludables a quienes transitan por espacios de Salud y así mismo, en los espacios propiamente de Musicoterapia.

## Análisis de la DIMENSIÓN DE LO SOCIAL.

Los datos que dan cuenta de las **huellas de la comunidad**, sin mencionar todos los planos constitutivos del entramado social que podríamos analizar, son elocuentes a la hora de hacer visible las estructuras que conforman nuestra realidad y las dimensiones que se despliegan, que van configurando un nuevo mapa<sup>35</sup> social donde emergen las desigualdades en todos sus aspectos. Lo que produce una ruptura de los espacios de pertenencia, una sensación de no apropiación y representación de lo que uno tiene, ni como comunidad. Se vulneran los espacios de referencia social y se abniegan la construcción de nuevos, ya que se sostienen las pautas, las estructuras, las normas, los límites personales y culturales como únicas condiciones de posibilidad y existencia.

Por lo que deberíamos, ser responsables del tránsito y vivencia de los sujetos por estos espacios, del recorrido por dichas instituciones sociales. Ya que van dejando huellas, huellas que dan cuenta de: formas verticales de relacionarse, de estructuras cristalizadas, de productos y no de procesos, de la no formalización de la percepción sensible de lo que nos circunda. Configurándose así, sentidos que organizan y establecen las formas de ser y hacer de los sujetos en una comunidad, sin posibilidad de dar lugar a la diferencia como posibilidad de configurar nuevas formas donde situarse en el entramado social.

Teniendo en cuenta, las **Huellas de la Musicoterapia**, es pertinente enunciar la importancia que toma la disciplina en cuanto su desarrollo como profesión, y así mismo, <como posicionamiento epistemológico que aporta al campo de la salud, de lo educativo y lo social, su mirada de cómo intervenir en la comunidad. Ya que la misma contempla desde la formación una concepción del sujeto y de salud inserta en una complejidad real e interviene estratégicamente desde allí.

Por tal motivo, propusimos junto con mi compañera, gestionar un espacio donde se articule la práctica musicoterapéutica y la salud mental, considerando que dicho taller con miras a la comunidad, brinda a los sujetos que transiten por él, un lugar donde se aloja la palabra, el discurso, los discursos, aportando a la re- construcción de la historia,

---

<sup>35</sup> **Mapa\*:** Interpretación del territorio, que sirve para recorrerlo en varios sentidos posibles.

a la recuperación de derechos, al restablecimiento del lazo social y a la posibilidad de sostener un proyecto propio y en común.

Es decir, el taller de musicoterapia se abre al trabajo con la comunidad proporcionando espacios de encuentro y co-participación en la construcción de nuevos posicionamientos dentro del mapa de los sujetos que asistan al taller, nuestro territorio.

## 2. DIMENSIÓN DE LO INSTITUCIONAL.

### Delineados institucionales.

Esta dimensión da cuenta de una experiencia, una vivencia de gestión, de soporte, de coordinación, que nos permitió junto con mi compañera (Yohanna Hirtz), circular por otros lugares y ubicarnos como futuras profesionales dentro de los intersticios de una institución.

La particularidad de las Prácticas Pre - Profesionales Supervisadas, que se desarrollan en el quinto año de la Licenciatura en Musicoterapia, tiene que ver con la posibilidad de llevarlas a cabo durante todo un año lectivo, lo cual, a diferencia de otras prácticas transcurridas, nos permite a nosotros como coordinadores de ese espacio de Musicoterapia, sumergirnos en los avatares institucionales, en los procesos de los sujetos que participan de los talleres e incursionar en el dialogo y encuentro con otros enriqueciendo nuestra formación.

En este caso, además tuvo el plus, la particularidad de tener la posibilidad de planear y formalizar una práctica, de darle una impronta auto- gestiva, a partir de la inquietud de generar la apertura al Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad.

En primera instancia, para analizar el entramado de la dimensión institucional en el que nos zambullimos, deberemos generar distinciones de planos y niveles para que podamos comprender desde donde nos posicionamos nosotras como coordinadoras para poder gestionar y sostenerlo.

La institución, es forma, que produce, re-produce, y transforma las relaciones sociales, que en ese movimiento se instrumentalizan en las organizaciones y en las técnicas de los establecimientos y/o dispositivos, de forma general y natural, en otras relaciones y prácticas (Conde Rodríguez y L. Batista de Souza.1989).

La institución, así mismo, como desarrolla Lapassade en su libro “Socioanálisis y Potencial Humano”, aparece como el lugar de articulación de las formas adaptadas por las relaciones sociales, y es así mismo, paradójicamente el instrumento de análisis de las contradicciones sociales. Se manifiesta como una especie de inconsciente político y colectivo que instituye nuevas realidades en un momento dado de su historia.

## **Análisis de la DIMENSIÓN DE LO INSTITUCIONAL.**

La *dimensión institucional*, se conforma por los siguientes *niveles de análisis*, que nos permiten distinguir aspectos que dan cuenta del funcionamiento, de sus condiciones de existencia y de las ideologías que soportan los avatares institucionales en su interior.

- a) **Su sistema organizacional y formal, donde se establecen las pautas que marcan los bordes institucionales.**
  - b) **El territorio institucional, su ubicación geográfica y contextual, que define su posición en el mapa social.**
  - c) **Sus instalaciones edilicias, como reflejo simbólico del cuerpo institucional.**
  - d) **Su personal, como identidad y personalidad institucional.**
- a) **Su sistema organizacional y formal, donde se establecen las pautas que marcan los bordes institucionales:**

La institución contiene un formalismo en cuanto su organización, y en sus formas de proceder que indican sus bordes como delimitaciones y alcances posibles. Dentro de este nivel, en el marco de la Licenciatura en Musicoterapia, en la posición de alumnas, presentamos a las autoridades de la carrera, el proyecto del taller con la idea de gestionarlo en las instalaciones de la UAI.

En este caso pertinente, alguna de las pautas y condiciones de existencia que posibilitaron inmiscuirnos en los intersticios institucionales fueron:

La creación del Proyecto para ONG de la Provincia de Buenos Aires; la presentación de Proyecto a la dirección de Carrera, posterior presentación a extensión universitaria; la aceptación institucional del Proyecto; el cumplimiento del reglamento interno de la UAI; la difusión del taller; la inscripción previa obligatoria de los participantes; la delimitación del cupo; el registro de asistencias y del taller encuentro por encuentro; la evaluación del proceso singular, grupal, de la coordinación y del taller en general; la realización de informes y la supervisión quincenal con profesores a cargo.

**b) El territorio institucional, su ubicación geográfica y contextual, que define su posición en el mapa social.**

La institución donde realizamos las Prácticas Pre -Profesionales Supervisadas en adultos, fue en la Universidad Abierta Interamericana (UAI), sede Rosario, donde se desarrolla la Licenciatura de Musicoterapia en el marco de la Facultad de Psicología y Relaciones Humanas, ubicada en Av. Pellegrini 1957.

La UAI como institución educativa, tiene sede en Buenos Aires, San Nicolás y en la ciudad de Rosario. Distinción imprescindible, que debemos tener en cuenta al momento de analizarla, contemplar los rasgos característicos del lugar donde la institución está inmersa, su funcionamiento, las demandas del alumnado, los intereses específicos del cuerpo docente y autoridades de carrera a llevar a cabo, las nuevas tecnologías y saberes de la especificidad, como también los espacios donde la musicoterapia circula y se inserta en la provincia, ya sea educación, salud y otras, etc.

La posición geográfica de la institución dentro del mapa social (Rosario), se halla ubicada en la zona céntrica de la ciudad, lo que nos permitía generar una amplia convocatoria a la comunidad, y que los participantes pudieran acercarse.

Desde esa posición espacial, consideramos que era necesario *desentramar una idea y afirmar en principio una cuestión: que trabajar con la comunidad no solo es desde los bordes de los territorios* (barrios, ciudades, zonas, etc.).

**c) Sus instalaciones edilicias, como reflejo simbólico del cuerpo institucional.**

La UAI se encuentra compartimentada en facultades, es decir, que cada estructura edilicia, contiene diversas facultades con carreras de grado y posgrado, siendo a aglomeradas por las disciplinas que desempeñan. Por lo cual, la UAI Rosario, se encuentra dividida en el edificio de Ov. Lagos, donde se desarrolla todas las disciplinas de salud; el edificio de Roca, donde se hallan compartiendo la mayoría de las facultades, tanto la de abogacía, contador, arquitectura, publicidad, etc; y el edificio de Pellegrini donde, se desarrollan diversas carreras, diplomaturas, y cursos de distintas áreas de Psicología, Relaciones Humanas, Psicopedagogía, Comercio exterior, Musicoterapia, entre otras.

En dicha institución educativa se genera un entrecruzamiento de personas (estudiantes, personal de bedelía, cuerpos docentes) constantemente debido a la posibilidad de circulación de las mismas por todas las instalaciones edilicias pertenecientes a la institución, en cualquier de sus sedes.

Esta noción, debimos tenerla en cuenta para el planteo del taller, ya que no teníamos certezas de los participantes que se iban a sumar al taller ni la cantidad, como tampoco de cómo se iban hallar y sentir dentro de la institución, ni como la misma iba a tomar sus tránsitos por la misma.

En el comienzo de los talleres, tuvimos que sobrellevar algunos imprevistos que tenían que ver con la organización del espacio otorgado por la institución para que podamos dar el taller, y trabajar el encuadre del taller con los participantes para *desligar el sentido que se le adjudicaba a la propuesta*, como curso que propiciaba fines educativos por dictarse en el marco de un establecimiento universitario.

d) **Su personal, como identidad y personalidad institucional.**

En grandes rasgos, podríamos desplegar *dos planos* que coexisten y se organizan de manera individual pero que trabajan en conjunto en la institución en forma de *dos sectores*, que se integran conformando uno al otro.

PLANO I: (Sector: UAI) Rosario, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas; conformada por sus propias autoridades (Decano y Directores), un cuerpo de bedeles, personal administrativo, personal de mantenimiento, cuerpo de docentes y autoridades de las distintas carreras.

PLANO II: (Sector MT) Licenciatura en Musicoterapia, conformada por director de la carrera, cuerpo docente, alumnos auxiliares y alumnado.

A dichos planos podríamos ponerlos en relación con el territorio: Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad, describiendo que con el primer plano (Sector UAI), se vinculaba mediante cuestiones organizativas y de decisiones de índole institucional edilicias (cambios de aulas, pedido de instrumentos, asistencias, etc). Con el segundo plano (Sector MT), se supervisaba nuestra coordinación, nuestras prácticas, el desarrollo y alcance del taller, su continuidad como espacio universitario de formación, como también el proceso de los participantes, y del grupo conformado.

Ambos planos se conforman como partes constituyentes de la realidad que contextualiza al territorio: Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad. Siendo esta una posición que permite tejer lazos tanto con los sectores (planos) mencionados, como también con la comunidad, y entre ellos a partir de la instauración de dicho espacio

### 3. DIMENSIÓN DE LO SINGULAR.

#### Devenir de un proceso.

Teniendo en cuenta el recorrido teórico – práctico en estos años, puedo decir, ya en esta etapa final, que durante los cinco años de formación se han generado rupturas y aperturas constantemente en lo que respecta a los conocimientos y a las experiencias adquiridas, que han permitido construir un posicionamiento.

Se preguntaran en cuanto que...? En el poder hacer lectura de la realidad, de los fenómenos, de las cosas, de un texto desde varias posiciones, desde varios lugares, desde varias miradas...

Y para qué?... Precisamente para no repetir lo mismo, aquella metodología que se nos vienen inculcando de pequeños, aprehender el conocimiento de manera fragmentada, adquirir saberes disciplinarios de manera aislada, sin una puesta en relación con otros contenidos, saberes, abriendo a la pluralidad y complejidad de la realidad.

Ya no hay miradas lineales, ni discursos desarticulados, si no que me situó sumergida en los avatares de la realidad, siendo participe de los mismos desde mi singularidad o en conjunto con un otro.

*“Hay que alcanzar esa mirada, que mira a uno como si fuera dos. Y después mira a dos, como si fueran uno. Y luego mira a uno y a dos, como si fueran ninguno. Es la mirada que escribe y borra al mismo tiempo, que dibuja y suspende las líneas, que desvincula y une, simplemente mirando. La mirada que no es diferente, afuera y adentro del sueño. La mirada sin zonas intermedias. La mirada que se crea así misma al mirar”<sup>36</sup>.*

---

<sup>36</sup> Cita del poeta argentino, Juarroz Roberto, en la página 11, en el texto: “Complejidad, educación y transdisciplinariedad” de Raúl Motta.

Es justamente desde aquí, desde este tránsito, que nos pusimos a pensar con mi compañera, porque no generar un taller abierto a la comunidad que brinde la posibilidad de vivenciar las experiencias de un espacio donde circulen precisamente todas estas cuestiones?

Fue fundamental para poder pensarse este taller, instaurar la de- construcción – construcción de discursos, de aquellos saberes, ponerlos en dialogo, desnaturalizar prejuicios y creencias, que tan solo hicieron y hacen generar límites, que no permiten más que construir muros e instaurar ideas como verdades.

Un espacio de encuentros, que contemple una perspectiva que tiene en cuenta las singularidades en su complejidad real y en el momento histórico- sociocultural en el que está inmerso, donde se pongan en juego las percepciones, las emociones, y la sensibilidad de cada participante al transitar por el territorio del arte, habilitando así instancias saludables que emerjan de él y en él.

El poder desentramar estas cuestiones y llevarlas para trabajar con el grupo, fue pensando entre nosotras desde la puesta en dialogo, como pares, permitiéndonos conformar un equipo de trabajo entre ambas, que tenía una impronta y una **lógica** sin serlo, “interdisciplinaria”.

El trabajar desde el abordaje interdisciplinario, implica una parada ético - político<sup>37</sup> con el otro, de construcciones horizontales, desde la renuncia de considerar que ciertos saberes son todopoderosos, reconocer los límites disciplinares y su incompletud para dar cuenta de un problema y abordarlo por sí solo.

Hoy en día, con el avance de las tecnologías, la bifurcación, transmutación de los saberes, contamos con nuevas herramientas y otras perspectivas para abordar los espacios, talleres, para analizar las instituciones y las contradicciones sociales, e intervenir en nuestra realidad social.

---

<sup>37</sup> **Parada ético-político\***: Posicionamiento profesional fundamentado en la ética, que da cuenta de un pensar y accionar desde donde propone, acompaña, y sostiene la práctica clínica.

## *Análisis de la DIMENSION DE LO SINGULAR.*

Teniendo en cuenta lo que se dijo anteriormente, podemos enunciar y dejar plasmado que se está hablando de *una lógica, no un abordaje interdisciplinario*, ya que el mismo implica la conformación de un equipo de diversas disciplinas que intercambian sus saberes, generando un enriquecimiento mutuo, trabajando en la construcción conceptual y de estrategias en común, para generar intervenciones conjuntas en una problemática real teniendo en cuenta su complejidad.

Consideramos que el taller, conformado por ese pequeño grupo, se insertó en una lógica institucional, pensado desde una “lógica interdisciplinaria” a partir de la puesta en diálogo de subjetividades, que también incluyó un acercamiento y una construcción intersectorial. En tanto hubo entrecruzamiento de las dimensiones salud – educación dentro de los límites de la institución, como también de la dimensión social - salud cuando para el cierre del taller, se realizó una intervención social en la comunidad de la ciudad de Rosario.

Además, discurrimos que este entrecruzamiento intersectorial de discursos, permitió el diálogo entre los sujetos que conforman, transitan y participan en la institución donde se realizaron las Prácticas Pre- Profesionales. Diálogo que implicó y comprometió a los dos sectores enunciados en los niveles del análisis institucional (alumnado, docentes, administración, bedelía, autoridades, etc.)

Este taller, permitió introducirse en un entramado institucional, que a partir de la formación, y de las lecturas previas, pudimos estratégicamente sumergirnos en los intersticios de la misma, para que podamos llevar a cabo su sostenimiento, desde la apertura a seguir generando espacios que vinculen la musicoterapia – la comunidad – y la universidad como punto de entrecruzamiento.

## Construcciones de Sentido.

*“Hablar de vivencia como investigación es poder pensar en dos direcciones, hacia el centro y hacia las periferias. Es poder desmenuzar lo vivido en función de aquello que se está explorando, buscando una forma de abrir ese acceso, esa interrogación.*

*Sin embargo esos dos sentidos no alcanzan, es necesario penetrar el centro, doblar el plano de expresión, para poder verse-Viendo, verse investigando mientras estamos siendo, arrojado al estar, arrojados en el lenguaje.*

*Aquí no es posible ser, aquí estamos, estamos siendo, no hay otra manera. Estar, estar ahí, estar aquí. En ningún otro lado sino en el estar (donde es posible que el lenguaje del arte acontezca). Buscamos “romper continuidad con el ser”, como también con la pura abstracción del conocimiento, como si las vidas cotidianas no tuviesen nada de acceso a esas formas, como si lo cotidiano fuese de otra naturaleza.*

*En el estar y en la vida cotidiana acontece nuestra realidad de transformación, así también nuestra vivencia, fragmento de vida en devenir. Preferimos hablar solo de lo que hacemos, solo donde estamos o donde estuvimos haciendo.*

*Somos donde estamos haciendo, nada más que eso.” (Fregoni. 2015)*

Teniendo en cuenta el recorrido del taller, se plasmaran aquellas palabras, movimientos, situaciones, estados de cosas, que fueron relevantes desde la percepción y lectura del fenómeno acontecido.

- a) Datos relevantes y emergentes, sospechas, signos y huellas.**
- b) Fenomenología de lo acontecido en el proceso.**

a) **Datos relevantes y emergentes, sospechas, signos y huellas.**

Se comenzara introduciendo cómo se fue conformando el espacio como territorio a transitar por los sujetos participantes del Taller de Musicoterapia Abierto a la Comunidad.

Los primeros meses del Taller, fueron de constantes fluctuaciones en cuanto a la participación de las personas interesadas y a nuestra inserción dentro del entramado institucional.

Por lo cual, se puede decir que las primeras sospechas, pueden visualizarse y desplegarse en tres niveles que darán cuenta de esa afirmación enunciada:

*I. Participante – Taller.*

*II. Institución – Taller.*

*III. Coordinación del Taller.*

*I. Participante – Taller.*

La convocatoria que se realizó para invitar a la comunidad a participar del Taller Abierto a la Comunidad, fue por parte de los comunicados de la UAI como propuesta institucional, y por la propagación que realizamos nosotras a través de distintas publicaciones en la web, y folletería repartida en distintos sitios de la ciudad.

Lo cual género que muchas de las personas que asistieron, o se interesaron en participar, venían con diversas inquietudes sobre lo que era un espacio de Musicoterapia. Algunos de los motivos que los incitaba a venir eran:

La curiosidad en cuanto lo que es la Musicoterapia; obtener algún saber teórico de como ejercerla; obtener herramientas para complementar con su profesión (por ejemplo: psicólogos, músicos, etc.); asistir a un espacio terapéutico; aprender algo de los recursos del arte; relajarse a través de la sensibilización; participar por otro espacio que brinda

otras posibilidades; y participar como estudiante de la carrera de un taller de Musicoterapia, en tanto interés por una experiencia tangible de práctica.

La vivencia de estar presente en el taller, les permitió experimentar y comprender la lógica con que deseábamos llevar a cabo los encuentros, es decir, desde la materia sonido – cuerpo – movimiento, trabajar la sensibilización del cuerpo, la desnaturalización de discursos sociales que generan malestar, el reconocimiento de prejuicios y creencias que otorgan significaciones en nuestra cotidianidad, en cómo nos vinculamos con un otro, para comenzar a vislumbrar nuestras propias percepciones de la realidad, nuestros sentires, en cómo nos relacionamos, nos posicionamos en un entramado social, y como nos paramos frente a eso.

De esta manera, y con el encuadre del taller, muchos de los participantes que asistían se encontraron con que posiblemente no eran las razones que venían a buscar al espacio, pero a otros precisamente eso es lo que los sedujo a seguir concurriendo.

De a poco, pasadas esas oscilaciones en la concurrencia, se fue delineando la conformación de un grupo. Los últimos 3 meses, se sostuvo la continuidad de dos participantes que enunciaremos como J y E.

Con ellos, se trabajó encuentro por encuentro, la apropiación del espacio del taller y el sumergirse en un proceso vivencial. Donde emergió la multiplicidad de movimientos singulares como condición de producción de una construcción grupal.

Ingresando en los días de Noviembre se inició a planear el cierre, mediante la forma de una intervención social, pensada desde la experiencia del tránsito del taller y de lo que eso había disparado en cada uno.

## ***II. Institución – Taller.***

En cuanto a la relación con la institución, se nos brindó la posibilidad de presentar este proyecto y llevarlo adelante dentro de sus instalaciones. Ese movimiento, ya es sumamente valedero, ya que es la primera vez que se genera un Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad en la institución UAI. Es decir, un espacio que es gestionado y coordinado por estudiantes, vinculando la universidad con la comunidad en la que está inmersa .

Teniendo en cuenta esta huella, y las características del taller, en sus comienzos se tuvo que aprender sobre la gestión institucional en cuanto la organización del espacio, de los

materiales, de los recursos necesarios para llevar a cabo los encuentros. Como así también, aprehender a cómo generar lazos de comunicación entre nosotras como coordinadoras de un espacio y la institución, corriéndonos de la posición de estudiantes; y apropiándonos de lo que estábamos generando y sosteniendo.

A partir de allí, considerando ambos lados, fue una experiencia en la que se tuvo que ceder y dar para abrir caminos, apostando a la predisposición de crear, porque el objetivo estaba puesto en sostener el taller, y que los sujetos participantes puedan tener una continuidad del espacio y un proceso que vivenciar.

### ***III. Coordinación del Taller.***

En este punto solo debemos dejar explicitado, que la coordinación del taller tal como fue, una dupla, tuvo que ver con un encuentro de inquietudes, de ganas, de interés y de similitud en cuanto deseo de abrir a más. Es precisamente desde allí, que se formalizó un equipo de trabajo que contemplaba con respeto, la escucha del otro, de sus ideas, de sus lecturas, de sus intervenciones, y de sus formas de estar. Esas condiciones de existencia, habilitaron a que haya una coordinación que a veces no requería de la palabra para dar cuenta de nuestros pensamientos y sentimientos.

En el proceso del transcurrir del taller, encuentro por encuentro, se fue re- pensando esa posición de coordinadoras, re – preguntando cada pequeño detalle que surgía de las lecturas puestas en diálogo, y sobre todo analizando una a la otra, el hacer para aprender de la experiencia.

## **b) Fenomenología de lo acontecido en el proceso.**

En este apartado, nos detendremos tan solo a hablar de aquellas particularidades, movimientos singulares de los dos participantes (J y E), que concurrieron los últimos tres meses al taller, y que pudieron adentrarse en un proceso de la vivencia de los encuentros compartidos. Muestra de cómo la gestión de un espacio con perspectivas de trabajo con la comunidad, es posible de llevarse a cabo aun en los intersticios de una institución de lógica privada y luego abducirla a otros lares como formas, como posibles abordajes.

Comenzaremos dando cuenta de cómo J y E se mostraron en el espacio, como eran sus formas de estar, sus discursos, sus modos de relacionarse con el otro, con la materia y el material trabajado.

E, se interesó en participar del taller porque quería saber que era la Musicoterapia, y que era el quehacer musicoterapéutico, debido a que ella estaba en el momento de la decisión de elegir qué carrera seguir el año entrante al finalizar el colegio.

En los primeros encuentros, E participaba desde la escucha, se ubicaba en un sector del espacio sin generar movimientos que la llevarsen a desplazarse por el mismo o ponerse en contacto con la materia sonora, y los instrumentos. Así mismo, utilizaba un vocabulario acotado para dar cuenta de su estar allí o de lo que quisiera opinar al respecto de lo que estábamos trabajando. Esa forma de estar y de dar cuenta sobre sus sentires ahí puestos en el taller, nos hizo pensar en primera instancia, que no iba a volver.

Razón la cual, no fue cierta, pasaron los encuentros y E seguía concurriendo. Poco a poco, comenzó a encontrar su lugar en el espacio, improvisaba, tomaba un instrumento, casi siempre de percusión, y lo ejecutaba en una densidad e intensidad baja. Su discurso sonoro, demostraba una escucha del hacer del otro, lo cual habilitaba a generar entramados discursivos que la ponían en relación con el grupo, pero siempre desde una posición de acompañamiento rítmico de la composición sonora colectiva.

Luego comenzó a variar en la elección de instrumentos, pero siempre los buscaba y los llevaba a su lugar en el espacio, desde allí los ejecutaba y se sumaba a la propuesta que se estaba generando. Comenzó a enunciar su dificultad para expresarse y dar cuenta de lo que pensaba, cuando quería decir algo, lo enunciaba en un tono bajo, entre cortado y terminaba la frase diciendo de forma retórica: ustedes me entienden no? Y sí,

entendíamos, precisamente se mostraba que desde su discurso verbal le era dificultoso expresarse, pero desde su discurso corporal y sonoro estaba enunciando de manera clara lo que en palabras le era un exponerse ante el otro.

Al pasar los encuentros E, comenzó a desplazarse por el espacio, modificó su disposición corporal en el espacio, generó una apertura en cuanto a la zona por donde solo solía moverse, al buscar un instrumento iba y se quedaba en otro lado, y variaba tanto entre distintos instrumentos como de distintos lugares. Inició a proponer ideas e iniciativas para trabajar.

Su discurso sonoro, comenzó a tomar otro tono, su intensidad aumentó y su densidad variaba. Su discurso verbal, tomaba otras formas, hilvanaba oraciones concisas que daban cuenta de sus formas de estar y sentirse en el espacio de Musicoterapia y así mismo, lo ponía en relación con su vivencia del hacer cotidiano.

En el último mes, E se mostraba desenvuelta en el espacio, era como si ella hubiese tomado una apropiación de su posición en el taller. Los textos que traía al espacio tenían que ver, con ciertas lógicas y discursos que estábamos trabajando en desentramar: como la automatización, la elección, la relación con el otro.

En cuanto, J, él se asomó por el taller por la curiosidad de transitar por un espacio de Musicoterapia por el motivo de que su padre había estado concurrendo a un taller ligado a la Musicoterapia. Entonces tomó la iniciativa, y se anotó.

J desde un principio se mostró con un gran interés a conocer otras cosas, otras experiencias, otras personas. El primer día, le propusimos generar discursos sonoros utilizando como material los instrumentos pero no de un modo convencional, si no invitándolos a la exploración sonora. Desde allí, se mostró captado por la propuesta, con la curiosidad de generar y estar haciendo algo distinto. Dichas interpretaciones se podían afirmar con sus decires y sus enunciaciones verbales, J se mostraba muy reflexivo de su accionar.

Su discurso sonoro, mostraba otras herramientas en cuanto el manejo del hecho musical, ya que poseía conocimientos musicales adquiridos, pero sin embargo él se dejaba fluir en la improvisación, generando discursos, proponiendo rítmicas y melodías que se tejían con la de los otros. Sus operaciones de discurso eran variadas, y se fueron enriqueciendo al pasar los encuentros.

J tiene una facilidad para dar cuenta desde el discurso verbal lo que percibía, lo que sentía, y pensaba, lo cual era interesante para poder poner en juego el dialogo como instrumento para la construcción grupal.

Al pasar los meses, J y E habían generado un vínculo, propiciado del compartir las experiencias del taller, había un sentido de compromiso con el grupo, un intercambio de ideas, de palabras, de textos, de vivencias que enriquecían el proceso de cada uno como singularidades, y favorecía al seguir abriendo al trabajo que veníamos realizando.

En algunas ocasiones, ambos traían al espacio situaciones personales, que a través de ciertas experiencias trabajadas en el taller habían adquirido otros recursos para manejarse. Es decir, ambos pudieron en el proceso realizar **abducciones** de las formas que emergieron en el taller, y pudieron transpolarlas a su cotidianidad, como otra forma posible, otra perspectiva desde donde abordar las situaciones diarias.

Un indicio de que algo del taller estaba circulando por otros lares, fue cuando J compartió que su padre tenía ceguera, y que él hasta entonces, no había podido reconocer la magnitud y el sin fin de cosas que podía hacer en su condición; o que en el caso de E, decidió elegir estudiar la carrera de Comunicación Social, luego de haber reconocido que se expresaba siempre, no solo desde el discurso verbal.

En estas circunstancias, con estos movimientos singulares, llegamos a Noviembre y debíamos pensar en cómo darle un cierre al taller. Nosotras desde el primer día de los encuentros, enunciamos que teníamos un gran interés de que lo trabajado en este espacio pueda ser llevado a otros lugares, abducirlos a la vida cotidiana, y compartirlos a la comunidad.

Instancia reflexiva, de reconocimiento de las formas, de las potencias de la singularidad de uno, y del otro, del grupo, que habilitan aperturas, movimientos, permitiendo que se pueda pensar dichos procesos en otros ámbitos: abducirlos al territorio de la vida cotidiana.

La Lic. Maldonado (2005) considera: “... a los **procesos abductivos** como aquellos movimientos en los que el sujeto a través de su producción muestra una condición de posibilidad para trasladar las formas que construye y accionarlas sobre cualquier otra materia, diferente a la sonora.”

Entonces fue así, que se originó la idea de generar una intervención social en la Plaza Pringles, brindando un vaso de agua, y regalando frases de textos que nos habían hecho re - pensarnos como singularidades dentro una sociedad. De esta forma, surge además la

idea de que quien se animara pudiera invitar a los transeúntes que dejen plasmado en un cartel que era para uno desestructurar – se y encontrar– se.

Así fue que planearon la intervención, re trabajamos situaciones posibles que nos podían acontecer al momento de estar allí, organizamos que llevar, como presentarnos, como identificarnos y abrimos a la posibilidad a que se sume más gente a la propuesta.

Ese día estábamos reunidos en la esquina de la plaza, E, J, dos compañeras de la carrera que se sumaron y nosotras dos, como coordinadoras del taller, con la intención de llevar adelante una intervención en la comunidad.

Experiencia que permita mostrar lo que veníamos trabajando en el proceso de los anteriores meses e invitar a detenerse un segundo, y poder reflexionar, re- pensarse como sujetos constituyentes de un mismo lugar, de un barrio, de una institución, de una ciudad. Que esa detención, sea un disparador para abrir otros sentidos posibles.

Al llegar decidimos donde debíamos ubicarnos en el territorio de manera de ser estratégicos teniendo en cuenta el momento de interpelar a la gente que circulaba. Comenzamos a intervenir, cada uno tenía una forma de presentarse, un modo de acercarse al otro, que tenía que ver con sus formas de ser, con su singular forma de estar y mostrarse en el mundo.

Nos desempeñamos como un grupo que se propuso realizar una intervención con un objetivo claro... Queríamos cortar con la cotidianidad, romper las estructuras, y que más simple que el gesto que detenerse a tomar agua?

Creo que esa consigna pensada por ellos, fue tomada de las mismas propuestas generadas en el taller (tocar de un modo no convencional, explorar), una forma de abducción, que permite transpolar esa simpleza de pensar otros aspectos de nosotros, de los otros, de la realidad, que habilita abrir otros sentidos, a múltiples sentidos de entender nuestras vivencias.

- **Conclusiones.**

En estos últimos párrafos finales, intentaremos dar un cierre a este proceso, a esta instancia de escritura, de investigación, a ese ahondar por los intersticios, dejando en relieve todo lo aprehendido, y acontecido en el andar de esta vivencia.

Indagamos en los Discursos, visualizamos como se entramaron los **Discursos: Musicoterapia – Comunidad - Instituciones – Salud**, a lo largo del desarrollo de la tesis, como se organizaron, se desplegaron, se vislumbraron, se relacionaron, y se mostraron legibles para quien escribe, delineando una fundamentación acerca de los dichos ejes.

Nos sumergimos en autores, que nos brindaron sus perspectivas en cuanto al campo de la salud, las leyes, la complejidad de realidad, los paradigmas que se constituyen y nos atraviesan. Pudimos comprender, posibles formas en cómo se enlazan las tres dimensiones: social, institucional y de lo singular que enuncio en la investigación, poniéndolas en relación desde las preguntas que me interpelaron a pensar esta temática.

Este trabajo de tesis, fue fundado en un análisis y en un recorte metodológico específico. Dicha parada teórica, permitió seguir profundizando y dilucidando de manera enriquecedora una posición epistemológica desde donde situarse y ubicarse al momento de hacer lecturas de lo que acontece en la práctica clínica profesional. O en esta ocasión, el espacio del taller y los sujetos que por allí transitaron. Como así también, posible de poder poner en relación y en discusión con otras variables, ejes, niveles, planos y dimensiones que emergen del territorio de la Musicoterapia que dan cuenta de la complejidad de la realidad que el sujeto y la comunidad vivencian.

Es decir, que *este trabajo intento configurar una articulación teórica – práctica del quehacer Musicoterapéutico en tanto cartografías, que contemplan una perspectiva rizomática desde donde se piensa, analiza e interviene desde la especificidad.*

Considerando a dicha perspectiva rizomática, como una parada epistemológica personal que remite y da cuenta de una metodología de abordaje de la realidad, fundamentada en el concepto de rizoma<sup>38</sup>. Se refiere a la forma desde donde me ubico a pensar, a relacionar y comprender lo que acontece.

---

<sup>38</sup> **Rizoma:** Concepto desarrollado por G. Deleuze y F. Guattari, en Mil Mesetas (1988), plasmado como parte de un método epistemológico que refieren como anti genealogía, en oposición al sistema arbóreo de pensamiento contemporáneo que da cuenta de una reproducción a sí mismo y a cada una de sus partes produciendo calcos de su raíz-origen, revalidando la existencia de un origen único.

Es decir, esta forma de acercamiento y abordaje de la realidad, de lo que acontece está ligada y sostenida en la idea de discontinuidad, de no linealidad y origen único histórico, ni discursivo. Si no más bien, considerando la multiplicidad como posibilidad de re- configuración, y de deconstrucción – construcción de los hechos, los sentidos y del saber, dando lugar a que broten otros.

Por lo tanto, podemos enunciar que...

Como primera cuestión...El campo de salud está en instancias de transformación de sus paradigmas, especialmente en salud mental, lo que ha sido plasmado en las legislaciones en nuestro país, brindándonos un marco y un aval que nos incita a generar otros pensamientos y andares como profesionales, inclusive como ciudadanos de una comunidad. Dicho marco legal y ético otorga un respaldo a nuestro quehacer en cuanto que posibilita transformar la mira y el accionar con el que estamos trabajando en salud con los sujetos en las instituciones.

Eso, propicia inmiscuirnos en un proceso propio, que permite construir un posicionamiento epistemológico, que soporta el que hacer musicoterapéutico y su relación con la salud, las instituciones y la comunidad.

Con la ley del ejercicio profesional de la Musicoterapia, como soporte de nuestra profesión, debemos involucrarnos en las políticas que atañen al campo de la salud, y a la comunidad. Considerando que las nuevas leyes (Ley Nacional de Salud Mental y Ley n° 27.153) nos dan un marco legal que avala poder trabajar desde allí.

Desde nuestra formación, aprendimos que la especificidad de la Musicoterapia contempla su quehacer en relación a la comunidad. Por lo tanto, consecuencia inherente al proceso vivenciado de coordinar un espacio, de gestionarlo y llevarlo a cabo, de estar allí y ser soporte del acompañamiento de los procesos singulares y grupales de los participantes del taller, considero sumamente necesario el proponer e incentivar la inauguración de espacios, dispositivos que generen apertura de las instituciones tanto educativas como de salud, para trabajar con la comunidad, y sus problemáticas emergentes.

Debemos considerar generar espacios auto- gestivos, como el Taller de Musicoterapia abierto a la comunidad, como propuesta que motive a instalar dispositivos desde extensión universitaria para trabajar con la comunidad, y así mismo, fomenta que los

estudiantes puedan desde los intersticios promover el ejercicio de los derechos, poniendo desde su lugar en práctica las nuevas legislaciones nacionales que dan soporte a las prácticas profesionales.

Este objetivo y meta, se hace tangible en la lectura de esta investigación, como huellas que se vislumbran tanto en la institución, como en la formación, y sin exclusión alguna, en quienes transitaron dicho espacio. Es decir, huellas que son las condiciones de reconocimiento de un hacer, de un proceso que se configuro como posible para demostrar la importancia de estos espacios, que sirven, que se pueden sostener, que tienen sentido que existan desde las nuevas lógicas de salud, como así también, incluyendo e integrando los aportes de la Musicoterapia como construcción de pensamiento; en tanto disciplina de la salud que interviene metodológicamente desde una perspectiva del arte, proponiendo otras formas de abordaje y otras miradas inherentes a su formación que pueden ser enriquecedoras a las construcciones de salud en su inserción dentro de una institución junto a un equipo de trabajo.

Resumidamente, Hugo Spinelli, en su libro Dimensiones del campo de la salud en Argentina, logra plasmar la importancia y la relevancia que toma la intervención de nuevos actores en el campo de la salud, que vinculen las instituciones con los usuarios, donde se abra la posibilidad de trabajar desde lo profesional, de manera horizontal con otras disciplinas, saberes, otorgando fructíferos y valiosos intercambios que generen múltiples visiones desde donde contemplar las problemáticas emergentes de la realidad.

Es necesario romper con la dicotomía de salud – enfermedad, como único binomio posible que fundamenta y sostiene una estructura de poder, reflejada en diagnósticos, tratamientos y categorizaciones cristalizantes en los usuarios del sistema de salud.

Como segunda cuestión, podemos enunciar que el taller de Musicoterapia abierto a la comunidad, se configuro como condición de posibilidad para intervenir desde un abordaje musicoterapéutico, como un espacio privilegiado de encuentro que permitió intervenir y conocer lo que emerge como problemático en cada sujeto, y para ellos en la comunidad en la que viven. Considerando a la salud desde una perspectiva que no patologiza a los individuos, sino desde la contemplación y dilucidación de las condiciones de posibilidad, como de reconocimiento socio-históricas del proceso salud-enfermedad-atención.

La Ley <sup>39</sup> se constituyó como el soporte discursivo y como disparador ideológico de las prácticas, a través del cual se gestionó el taller y se trabajó desde un enfoque de derechos, propiciando la participación comunitaria (Universidad – Salud – Comunidad) y estrategias de integración intersectorial (Universidad – Comunidad). Propusimos implementar un dispositivo, en tanto espacio de escucha, promoción y acción en Salud Mental, que cuente con dichas características y se desenvuelva en esa dinámica.

Instituyéndose así, la Musicoterapia como una posibilidad de tejer lazos, que no solo abre a la triangulación de relación entre la Musicoterapia – Comunidad - Salud, sino que así mismo, introduce a la universidad como institución que nos brinda la matiz educativa a tener en cuenta como otra de las múltiples variables a relacionar.

Por ello, en articulación con la universidad, como institución educativa que forma a futuros profesionales de la salud, decidimos junto a mi compañera, trabajar fuera de las instituciones de encierro, de rehabilitación, de salud, etc., y hacer foco en las cuestiones que necesitan ser de-construidas para poder aggiornarnos como ciudadanos, y como semejantes a los padeceres, a los malestares, o al proceso en particular que atraviesa el otro. Poniendo énfasis en que la dimensión del sujeto sea la que ingrese dentro del abordaje de la salud, no la enfermedad.

Así, se fueron pensando y delineando los encuentros, tomando como condiciones de producción; los distintos emergentes sociales, y abordando las problemáticas individuales que emergieron en los encuentros en relación a estos, como por ejemplo: violencia, adicciones, discriminación, marginación, analfabetismo, discapacidad, etc. Se reflexionó sobre las situaciones que nos generan malestar, tanto en la cotidianidad propia, como social, e institucional. Como por ejemplo la monotonía de la rutina, los horarios, la naturalización y la automatización del hacer cotidiano, de las acciones, del cuerpo, la invisibilización del otro, y la objetivización del otro, en el dialogo, en las palabras, en la comunicación y en los medios.

Tercera cuestión, podemos afirmar que se vislumbraron movimientos que se desplegaron de la experiencia de los sujetos que participaron en el Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad. Lo que permite fundamentar este espacio, en tanto iniciativa de salud que se sostiene desde el nuevo paradigma de salud mental y de la perspectiva de derechos humanos.

---

<sup>39</sup> La ley como norma que rige y estructura socialmente, tanto a nivel nacional, como provincial, en todos los órdenes: salud, salud mental, civil, comercial, ejercicio profesional, derechos humanos, etc.

Se trabajó con la sensibilización y en la des- naturalización de estas cuestiones para poder pensar estrategias e intervenciones para realizar uno, y en conjunto en la comunidad. Lo que derivó a partir de un proceso de reconocimiento de lo propio, en la construcción de una Intervención Social, que se construyó en el devenir de los encuentros en conjunto con el grupo del taller, ante la necesidad de transmitir y/o compartir con otros ciertos sentires que despertaron a partir de vivencias y experiencias acontecidas en la vida diaria.

Las propuestas creadas para trabajar en el taller, como así mismo, la intervención en la comunidad, intentaban a partir de una pequeña acción, simbolizar para nosotros y generar en los otros, puentes, vínculos, e invitación a re- pensar el desestructurar-se, encontrar-se, y detener-se en la vida diaria. Visibilizar al otro, crear dialogo y escucha. Por lo que el Taller de Musicoterapia, se inauguró como una invitación a trabajar en el reconocimiento del otro como un semejante, desnaturalizando prejuicios y creencias, posición que habilitó a los participantes configurar otras formas de estar y relacionarnos, teniendo en cuenta sus singularidades, y la singularidad del otro.

Dichas condiciones de posibilidad, permiten re – conocer a uno y al otro, como configuradores imprescindibles y pertenecientes de una misma comunidad, en este caso, de la ciudad de Rosario.

De esta forma se generaron instancias saludables para ambos participantes que transitaron por el espacio, en tanto posibilidades de libertad, de elección, de vincularse con el otro, y así poder diseñar estrategias que permitieran resolver avatares de la complejidad de la realidad en la que están inmersos. Quizás parte de nuestra planificación de esos encuentros semanales fue pensar en distintos recursos y materias que nos permitan reflexionar el re-conocimiento del sentido de pertenecía a una comunidad o a un grupo, en tanto se comparte una forma de vida, se es parte de un mismo sistema social y cultural.

El taller y la posibilidad de trabajar con la comunidad permitieron que las vivencias singulares puedan ser abducidas a otros espacios, territorios, ámbitos de la vida cotidiana, etc.

Las representaciones, significaciones y los discursos que nos atraviesan, son muchas veces compartidos por la comunidad. Dichos pensamientos y discursos son extrapolados de otros contextos, pre - formando las maneras de pensar y sentir de las personas de la comunidad, lo que no permite un re -pensar acerca de las múltiples aristas que

componen y determinan las problemáticas; ni contemplar la responsabilidad singular, social, comunitaria, y familiar en los mismos.

Por lo tanto, nos interpeló nuevamente y digo: ¿Es la deconstrucción- construcción de los discursos sociales que se muestran cristalizados y naturalizados como propios en los sujetos que participaron en el Taller de Musicoterapia abierto a la Comunidad, un movimiento que genera reconocimiento para habilitar otras formas posibles de estar, de percibir instancias saludables?

Si, lo considero así, ese movimiento genera formalizar e interiorizar como uno percibe, como uno se relaciona, y eso eludiblemente es una apertura a instancias saludables. Para alcanzar una aproximación de los discursos intervinientes, fue necesario indagar en las profundidades y diferenciar sus condiciones de existencias, de posibilidad, en una puesta en relación con las problemáticas emergentes y como se instalan como fundamentos incuestionables, en tanto cristalización de ideas y sentires en las singularidades de cada sujeto.

Lo que permitió emerger, mostrar y vislumbrar distintas expresiones, formas, sentimientos, sentires, y pensares, que en el proceso convergieron, mutaron generando otras expresiones, formas, sentimientos, sentires, y pensares, dando lugar a experiencias diversas desde donde percibirlos.

El transitar por el territorio de la Musicoterapia, y el encuentro con el lenguaje del arte, genera movimientos que posibilitan vivenciar instancias saludables en los sujetos, y que los mismos puedan extrapolarlos a otros espacios y a la comunidad.

Por lo tanto, se debe concebir al territorio de la Musicoterapia, como un espacio que permitiría generar aperturas, que involucran a las instituciones privadas, a trabajar con la comunidad; invitando a la deconstrucción / construcción: de territorios a habitar, de discursos cristalizados y naturalizados como verdades, de lógicas instaladas que estatizan prácticas, para habilitar movimientos, para re – territorializar esos territorios transitados, para percibir otras condiciones de existencia, otras formas posibles de los sujetos de estar y pararse en el entramado social en el que estamos inmersos.

**1. Devenir \*:** Identidad infinita, que habita esa zona de vecindad donde el sentido emerge como no fundamento. Deleuze alude en *Lógica del Sentido*, en la primera parte, al devenir como paradójico, “*destruye el sentido común como asignación de identidades fijas*”.

Es un movimiento capaz de esquivar el presente por tender al mismo tiempo hacia el pasado y el futuro. Se sostiene en la pluralidad, en el cambio, en el rizoma como forma, oponiéndose a la permanencia, al nombre propio, al estado de cosas, al sentido único.

**2. Lógica Privada\*:** Alude a las políticas de salud, económicas y educativas impulsadas por el neoliberalismo, que sostienen una visión mercantilista, donde rige la institución jerarquizada como el Estado, el sujeto es un objeto, y la relación es de cliente, el acceso no es universal ni gratuito, y se fundamenta su existencia por la precariedad del sistema público en todos sus sistemas. (Tercer Congreso de Atención Primaria de la Salud. OPS- Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 2007).

**3. Discurso\*:** “*Configuración espacio-temporal de sentido*” (Eliseo Verón.1998), siempre en relación a otros discursos, como condición necesaria de producción de sentido.

**4. Territorio\*:** Referido al espacio en el que se producen los movimientos del pensamiento. Soporte formal que configura el sentido y posibilita el acontecimiento. Como afirma Guattari en el libro *Micropolítica: Cartografías del Deseo*: “*La noción de territorio aquí es entendida en sentido muy amplio, que traspasa el uso que hacen de él la etiología y la etnología. Los seres existentes se organizan según territorios que ellos delimitan y articulan con otros existentes y con flujos cósmicos. 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).

Aclaración el término es empleado en la tesis en diferentes niveles de la realidad investigada: el territorio de lo geográfico, el territorio de la improvisación y el territorio de la musicoterapia.

**5. Comunidad\*:** *“... un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado... que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un aspecto y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines”* (Montero. 2007).

*“... un grupo en constante transformación y evolución (...) que en interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, fortaleciéndose como unidad y potencialidad social...”* (Montero, 2004).

Estas definiciones, permiten contemplar la consideración de que una misma persona pertenece y conforma varias comunidades, según su lugar de residencia, profesión, aficiones, etc. Por lo cual, se puede afirmar que no hay conceptualización que abarque el sentido de comunidad en su totalidad, ya que implica pensarla como homogénea, en tanto presenta la característica común de los sujetos que la conforman, pero al mismo tiempo, está compuesta por diversos grados de heterogeneidad precisamente por las características que diferencian entre sí a los individuos que la componen.

**6. Promoción de la Salud\*:** “Promover” tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar (Ferreira 1986). Promoción de la salud se define tradicionalmente, de manera más amplia que prevención, pues se refiere a medidas que *“no se dirigen a una determinada enfermedad, desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales”* (Leavel & Clarck 1976:19). *Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial. (Terris, 1990)”* (Czeresnia, 2006).

Por lo tanto el concepto de “promoción de la salud” puede entenderse como una respuesta ética de la cultura de la vida, según la cual *“la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispone a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que vivimos ofrezca a todos sus miembros las posibilidades de gozar de un buen estado de salud”* (OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986).

**7. Paradigma\*:** *“una perspectiva general, un modo de desmenuzar la complejidad del mundo real”* (Patton, en Bottinelli, 2003).

**8. Campo\*:** Hugo Spinelli, en su libro *dimensiones de la Salud en Argentina*, lo conceptualiza como la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (económicos, sociales, culturales y simbólico):

Así mismo considera que: *“ El campo de la salud –tanto en Argentina como en otros países–, se caracteriza por la complejidad, producto de la combinación de la alta concentración de capital económico; los problemas de financiamiento; la corrupción – macro y micro–; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas”*.

*“Un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas (expertos, profesionales, funcionarios, políticos, sindicalistas, representantes de la industria, lobbystas, agentes financieros, corporaciones, organizaciones de la sociedad civil, pacientes, etc.), donde cada "jugador" realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales. Estas acciones siempre están ligadas a intereses no siempre racionales ni reflexivos. Todos los juegos se realizan al interior de estructuras, que son estructurantes de los agentes y a su vez estructuradas por ellos, de acuerdo a sus capacidades de juego, a sus apuestas y a la fidelidad con las mismas”*. (Bourdieu.1997)

En alusión a los cambios en el campo de la salud, sus paradigmas, sus formas y el quehacer profesional dice que... *“Para configurar otras estructuras en el campo de la salud se necesitan nuevos y más actores de manera de hacer estructurantes otras lógicas y procesos. No es posible realizar ese cambio únicamente desde acciones de gobierno, o de gestión. Resulta necesario pensarlo y, sobre todo, realizarlo desde las singularidades que constituyen los espacios cotidianos –situación – donde el trabajo y el trabajador tienen un rol central, como también los usuarios. Esos también son espacios de la metapolítica, pensados en términos de potencia y no solo de poder; potencia*

*de los trabajadores como de los propios usuarios en función de su control sobre la institución de salud de manera de asegurar el ejercicio de derechos y además poner límites...”.*

**9. Usuarios\*:** concepto que se refiere a la persona que se encuentra haciendo uso de un servicio de Salud Mental. Dicho concepto está íntimamente ligado a las siguientes nociones que contempla:

1-La participación, como la modalidad más general de referirse a las actitudes y conductas de los usuarios, en relación a sus tratamientos, a los vínculos entre sí y con la sociedad en su conjunto, a su lugar en los servicios: incluyendo la planificación, implementación, investigación / evaluación; y la política / jurisprudencia que enmarca la provisión de los mismos.

2- La perspectiva del usuario, valoración de la mirada o posición que representa a estas personas, y que muchas veces es distinta (y hasta opuesta) a la de los profesionales.

3- A la identificación de la persona con su diagnóstico (y su consiguiente objetivación) se le opone la concepción según la cual los problemas de salud serían experiencias subjetivas y, especialmente en el caso de la recuperación de derechos, potencialmente subjetivantes y, a la relación de poder (vinculada al saber) que destaca la asimetría entre profesionales y pacientes se le opone la concepción de una valoración de la voz del usuario y de su experiencia.

4- La cuestión de llamar a estas personas “usuarias” en vez de pacientes podría tener un impacto directo en el ejercicio y el uso del poder en el seno de las prestaciones de salud y en las posibilidades de recuperar derechos por parte de estas personas. Y si de derechos hablamos, hay que considerar el derecho de ser empoderado (en el uso del tiempo libre, legal, laboral y económicamente), de ser representado, de acceder a los registros derivados del tratamiento y de estar libre de etiquetas estigmatizantes.

5-La participación de los usuarios que pone en cuestión la hegemonía del especialista para nominar, tratar y decidir por las personas con padecimiento mental, intenta hacer escuchar aquello que éstos tienen para decir en base a su experiencia singular. Esto no implica que los especialistas deban renunciar a asumir decisiones clínicas fundamentales ni dejar vacantes las obligaciones sino que se refiere a contemplar esta perspectiva y comprender los costos (propios y ajenos) de decidir por otros cuando resulta imprescindible. (Agest, 2011).

**10. Paradigma asilar- tutelar:** Paradigma que rige en salud mental, como modelo de atención, cuyas formas y rasgos originarios han surgido con el nacimiento del manicomio como institución de encierro. Las políticas en salud mental hasta 1966 en Argentina, estuvieron aplicadas para el sostenimiento del mismo hasta la formulación del Plan Nacional de Salud Mental.

Los rasgos distintivos de este modelo son:

- Establecimiento de una relación de asistencia en la que el asistido reconoce y se somete o es sometido al saber y poder de decisión del especialista que lo asiste.
- Supuesto, no siempre explicitado, de la enfermedad como daño biológico individual.
- Concepción positivista, objetivante del asistido, que legitima en el plano de la práctica profesionalizada su manipulación.
- A-historicidad del trastorno a tratar.
- Estructuración de una actitud pasiva y una participación subordinada en el tratamiento por parte del asistido.
- Identificación del psiquiatra con el conocimiento, del que se excluye al enfermo, e identificación ideológica de ese saber con el de la ciencia, para sancionar la exclusión de otras prácticas terapéuticas no profesionalizadas.
- Identificación de la gravedad del trastorno (medido por pérdida de adecuación o captación de la realidad consensual) con la irresponsabilidad y peligrosidad social, legitimando la internación forzada y el control. La internación como posibilidad es estructural y definitoria del modelo asilar.
- Este modelo de atención es isomórfico, con una estructura de clases sociales basado en la jerarquía y asimetría del poder socio – económico y cultural. (Galende, Emiliano. II Jornadas de APS. Pág. 443)

**12. Red\*:** *“El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. La red es el resultado de esa estrategia y constituye una modalidad organizativa y de gestión, que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.”*

**14. Atención Primaria de la Salud (APS)\*:** “... *La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria*”. (OMS/UNICEF, 1978)

La Conferencia de Alma Ata definió la APS como: “*la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación*”. (OMS. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. 1978)

**15. De. construcción – construcción \***: Movimiento que permite indagar y analizar las estructuras cristalizadas que constituyen al discurso, tomando en cuenta el lenguaje, la cultura y la historia.

“...*Hay que entender este término, “deconstrucción”, no en el sentido de disolver o de destruir, sino en el de analizar las estructuras sedimentadas que forman el elemento discursivo, la discursividad filosófica en la que pensamos. Este analizar pasa por la lengua, por la cultura occidental, por el conjunto de lo que define nuestra pertenencia a esta historia de la filosofía.*” (Entrevista inédita de junio de 1992, Jacques Derrida, para *Le Monde*, 2004).

Desde la Musicoterapia, María José Bennardis habla en su Tesis de grado: De la Dimensión y la Forma, de De-Construcción / Construcción como: “*Concepto que indica una operación en el movimiento interno o externo de la Forma. Toda De-Construcción es sí misma una Construcción y a la inversa. El sentido de ésta terminología es la noción de espiral elíptica que se transforma en soporte de lo posible, en tanto la existencia de la circularidad Materia-Forma-Sentido y sus niveles lógicos en una dimensión dada.*”

Uno de sus procedimientos necesarios para la deconstrucción –construcción, consiste en no naturalizar lo que es coartado por la historia, la sociedad, sus modelos, y las instituciones.

*“Deconstruir un texto es interrogar los presupuestos que éste encierra, para poder abrir nuevamente sus significados.”*

**16. Potencia\*:** Lo que alguien puede, sus capacidades de devenir singular.

Deleuze dice lo siguiente acerca de la potencia: *“El discurso ético nos hablará permanentemente no de las esencias – no cree en ellas - sino de la potencia, a saber: las acciones y las pasiones de las que algo es capaz. No lo que la cosa es, sino lo que es capaz de soportar y capaz de hacer. Y si no hay esencia general es que a ese nivel, al nivel de la potencia todo es singular”.* (Deleuze, 2003).

**17. Posicionamiento epistemológico\* :** La epistemología como ciencia y rama de la filosofía, se propone estudiar las circunstancias objetivas, históricas y sociales de producción de distintos tipos de conocimiento que sean considerados científicos, cuáles son los criterios que se utilizan para considerar algo como científico, y trabaja con conceptos tales como verdad, justificación, hipótesis, corroboración, etc. En decir, es el estudio de cómo y bajo qué condiciones se produce el conocimiento científico.

*“La epistemología es a la ciencia, lo que la crítica de arte al arte. El artista produce obra de arte, el crítico la analiza. El científico produce teorías y prácticas científicas, el epistemólogo reflexiona sobre ellas. La epistemología construye conceptos sobre el conocimiento, cuyos principales ejemplos son extraídos de la ciencia”* (Díaz de Kóbila, 2007).

Así mismo, la epistemología también se encarga del *“... análisis de las condiciones de posibilidad para que una comunidad científica establezca acuerdos sobre problemas, métodos, simbologías y estados de las cosas. Los acuerdos, según las corrientes que adhieren a posición heredada, se desprenden del minucioso análisis de los enunciados científicos y de los procedimientos para la contrastación empírica de esos enunciados, cuyo mayor mérito es la posibilidad de ser formalizados, garantizando así su validez universal”* (Díaz de Kóbila, 2007).

*“La lógica y el método, antes absolutos, ahora son considerados variables y relativos, dependen de la naturaleza del objeto que se estudia y de la tradición científica desde la que se lo estudia, mientras que los factores histórico-sociales, lejos de ser secundarios hacen a la materialidad e historicidad de la razón científica y a la diversidad y especificidad de las ciencias. No hay una ciencia, ni es legítima una teoría general de la ciencia, hay múltiples ciencias y de esta diversidad no puede dar cuenta ninguna epistemología general, unitaria, sino epistemologías “regionales”, específicas,*

*particulares, que solo pueden tener por tarea comprender lo propio de cada una de ellas” (Díaz de Kóbila, 2008).*

*“...la epistemología, lejos de ser una lógica de la ciencia, sea una “psicología de la razón”, y lejos de poner el acento en las teorías científicas como productos de un proceso que no se toma en consideración, ponga el acento en los procesos mismos y en el sujeto activo de dichos procesos.” (Díaz de Kóbila, 2008).*

Esther Diaz de Kóbila, adhiere y propone los conceptos y nociones de la epistemología para *“abordar objetos de estudios que van más allá de la forma de los enunciados o la racionalidad de los métodos, tales como el análisis del deseo, la relación entre los cuerpos o, en general, la incidencia de la ciencia no sólo en la cultura sino también en la naturaleza. En este sentido oriento mi propio análisis desde una mirada filosófica. Es decir, desde el análisis y la elaboración de conceptos propios de una filosofía de la ciencia y la cultura que, como tal, se preocupa del núcleo duro de la ciencia, pero sin aislarlo del entretejido de fuerzas en el que se produce y desarrolla. Me guía la premisa de que la racionalidad del conocimiento, aun la más estricta y rigurosa, hunde sus raíces en luchas de poder, factores económicos, connotaciones éticas, afecciones, pasiones, idearios colectivos, intereses personales, y pluralidad de nutrientes que no están ausentes, por cierto, en el éxito o el fracaso de las teorías.” (Díaz de Kóbila, Epistemología Ampliada).*

*“Para Bachelard, la historia de las ciencias, como historia de construcción de conceptos-objetos epistémicos, es una historia de “rupturas epistemológicas”, de “cortes” o “saltos” epistemológicos, de superación o destrucción de obstáculos que frenan la dinámica del pensamiento científico, el avance y el cambio de dirección de la investigación. Por ello, toda verdad científica es la rectificación de un error y el error no es ni una falla, ni un desvío de la recta verdad, sino una necesidad funcional del pensamiento, un punto de partida para la construcción de verdad y de nuevos pensamientos.” (Díaz de Kóbila, 2008).*

Por lo que podríamos definir a la posición epistemológica como aquel lugar desde donde el investigador se sitúa para observar y analizar las condiciones de producción de un conocimiento, de un hecho, de un pensamiento, y su relación con la realidad, parado desde un paradigma y de un sinfín de saberes- conceptos que lo soportan, poniendo el acento en los procesos mismos, en los sujetos participantes de esos procesos.

**19. Interdisciplina.** Un abordaje interdisciplinario, implica la conformación de un equipo de diversas disciplinas que intercambian sus saberes, generando un enriquecimiento mutuo, trabajando en la construcción conceptual y de estrategias en común, para generar intervenciones conjuntas en una problemática real teniendo en cuenta su complejidad.

Alicia Stolkiner (1999) contribuye este pensamiento en que:

*“...el cómo se desarrolla lo interdisciplinario es un debate fundamental, e incluye un nivel referente a lo subjetivo y lo grupal: las disciplinas no existen sino por lo sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Resulta necesario resaltar lo obvio: un equipo interdisciplinario es un grupo. Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder, y por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente...”*

**23. Condiciones de posibilidad\*:** Es para mí homologable a pensar este concepto como condiciones de producción, parafraseando al autor Eliseo Verón, en Semiosis Social. Se definen como las restricciones que determinaran la generación del discurso a analizar, se describirán como las operaciones que darán una asignación de sentido.

*“Hacer un análisis y dar cuenta de sus condiciones de producción, significa relevar e identificar las marcas que lo constituyen, que son propiedades significantes en la superficie textual o discursiva, que como tales no están relacionadas unas con otras. Cuando la relación entre una propiedad significativa y sus condiciones se establece, estas marcas se convierten en huellas de uno u otro conjunto de condiciones”.* (Verón, 1993.)

**25. Posición\*:** Lugar en la textura de una creación colectiva, que se puede crear, ocupar, dejar, habilitar para que otro lo ocupe, etc. *“La posición no es identidad, se constituye como “enrelación-a”, como textura siempre vincular. Puede mantener una distancia, en determinado tiempo, del punto de definición que el discurso sonoro hace de sí mismo, configurando, sosteniendo, una posible identidad, si es disciplinada, modelizada, o puede moverse hacia los bordes, constituyendo puntos soporte de posibles líneas de fuga de aquel establecimiento idéntico y sustantivo.”* (Rodríguez Espada)

La textura, es la manera en que se combinan los elementos en una composición, mostrando una forma. Pensando este concepto como abductivo a diferentes ámbitos (sonoro, social, vincular). En la tesis de grado del Lic. Iván Fernández, Conversaciones, Tiempos, Aperturas, en la pág. 54 cita a Saitta refiriéndose a la textura: “...*siempre será la resultante del vínculo que se establece entre los materiales y los criterios organizativos... a que estos son sometidos*”. (Trampolines Musicales. Pag.80)

**26. Empoderamiento\*:** Concepto definido por la OMS, como un proceso social multidimensional, a través del cual los individuos y el colectivo de la comunidad logran un mejor conocimiento y una mayor capacidad de elección como de decisión sobre sus vidas. Por lo cual, pueden transformar su entorno a través de la toma consiente de decisiones de orden personal, social y política, y como consecuencia de ello, mejorar su salud.

En salud mental, el concepto de empoderamiento, se refiere al grado de elección, influencia y control que los usuarios de los servicios de salud mental pueden ejercer en los acontecimientos que se producen en sus vidas. De esta forma, se hacen visibles y tangibles cambios en el aspecto biológico, psicológico y social del usuario. Este proceso está caracterizado por un fomento de la autodeterminación y autonomía personal, un mayor sentido de apropiación de los vínculos sociales, y una implicación significativa en la sociedad. (OMS, 2010).

**27. Percepción-formalización\*:** “del cómo hacer visible un posible orden de cosas que posibilite operaciones en la región de los fenómenos por conocer. Un recorte de formas de la experiencia que permita seguir deconstruyendo-construyendo como proceso de inagotable circularidad en el que esta forma de la experiencia deviene materia para otra forma de la experiencia.” (Gianoni, 2002)

**28. Niveles\*:** Se vislumbran y diferencian como tipos lógicos de una configuración posible, son componentes en su posible forma de configurarse en un mapa, o territorio a analizar.

**29. Plano\*:** Cuando se habla de plano, nos referimos a niveles que se establecen según relaciones de figura- fondo. En el caso de esta tesis, se constituyen como niveles que surgen de la articulación de lo que se muestra en el análisis, con una construcción de

sentido por parte de quien escribe. Por ejemplo: La dimensión institucional es configurada por diversos planos que la constituyen como tal.

**30. Dimensión\*:** Efecto de la subdivisión de la realidad, operada por el investigador, a fines de analizar una complejidad. Eje de análisis en tanto diferencia en la organización de la sociedad.

*“... se aplica a diferentes niveles de lectura que se ubican según gradientes de generalidad...”*

**31. Territorio a des- territorializarse y re- territorializarse\*:** Un territorio que debe ser siempre territorializado, ocupado, reconstruido y habitado... *“El territorio se puede desterritorializar, esto es, abrirse, en líneas de fuga y así salir de su curso y se destruye. La especie humana está sumergida en un inmenso movimiento de desterritorialización, en el sentido de que sus territorios ‘originales’ se rompen ininterrumpidamente con la división social del trabajo, con la acción de los dioses universales que ultrapasan las tablas de la tribu y la etnia, con los sistemas maquínicos que llevan a atravesar, cada vez más rápidamente, las estratificaciones materiales y mentales”* (Guattari y Rolnik, 1996).

De esta manera, se configura la forma de operar de la dinámica: Territorio - Des-territorialización - Re- territorialización, término que trabaja Herner, (2009). La des-territorialización puede ser considerada un movimiento en el cual se abandona el territorio: una operación de líneas de fuga. En dicho movimiento de des-territorialización es posible la creación, y para que se cree algo nuevo es fundamental romper el territorio existente, creando otro: re- territorialización, un movimiento de construcción del territorio.

**35. Mapa\*:** Interpretación del territorio, que sirve para recorrerlo en varios sentidos posibles.

*“El mapa no es el territorio, y el nombre no es la cosa nombrada”* (G. Bateson)

**37. Parada ético-político\*:** Posicionamiento profesional fundamentado en la ética, que da cuenta de un pensar y accionar desde donde propone, acompaña, y sostiene la práctica clínica.

Deleuze en “En Medio de Spinoza” refiere que la ética está íntimamente relacionada con los modos de ser, diferenciándose por ello del universo de lo moral. Desde el punto

de vista de la moral, el sujeto está sujeto a aquello que debe hacer para poder, a decir de Deleuze, “*conducirse de manera razonable*” y esto es algo común a todos los hombres. La ética habilita y posibilita un lugar para la pregunta; a diferencia del universo moral, ya no se juzga lo que se dice o hace, sino que se pregunta por los modos de existencia que eso implica: ya no se trata de algo común a todos los hombres, sino de singularidades. Entrecruzada donde aparece la potencia, lo que el sujeto puede.

**38. Rizoma\*:** En el mundo de las plantas, se llama rizoma a los tallos subterráneos que crecen en forma horizontal, indefinidamente, emitiendo de sus nudos raíces y brotes herbáceos que se van re-produciendo a medida que los viejos brotes desaparecen. El concepto de “*Rizoma*”, fue desarrollado por Gilles Deleuze y Félix Guattari, el en el primer capítulo de *Mil Mesetas* (1988), es plasmado como parte de un método epistemológico al que ellos mismos refieren como anti genealogía, en oposición al sistema arbóreo de pensamiento contemporáneo que da cuenta de una reproducción a sí mismo y a cada una de sus partes produciendo calcos de su raíz-origen, revalidando la existencia de un origen único y verdadero al establecer “*sistemas jerárquicos que comprenden centros de significancia y de subjetivación, autómatas centrales como memorias organizadas*”. (Deleuze & Guattari, 2004, pág. 21)

En diferenciación y en oposición al sistema de pensamiento arbóreo, el concepto filosófico de Rizoma, se halla en concordancia con la idea de multiplicidad de pensamiento, en tanto que mutan, que generan nuevas conexiones entre sus partes, y que no responden por lo tanto a un unívoco origen. Si no más bien, que se va configurando a través de líneas de líneas de fuga o de desterritorialización, transformando en el devenir del tiempo.

“... *el rizoma está relacionado con un mapa que debe ser producido, construido, siempre desmontable, conectable, alterable, modificable, con múltiples entradas y salidas, con sus líneas de fuga...*” (Deleuze y Guattari, 1997).

El concepto filosófico, propuesto por los autores, presenta seis caracteres características propias de Rizoma: 1° y 2°- *Principio de conexión y heterogeneidad: Cualquier punto de un rizoma puede ser conectado con otro cualquiera, y debe serlo. No es igual con respecto al árbol o a la raíz que fijan un punto, un orden.* (Deleuze & Guattari, 2004, pág. 13)

3°- *Principio de multiplicidad: únicamente si lo multiplica es positivamente tratado como sustantivo, multiplicidad es cuando deja de tener relación alguna con el Uno como sujeto o como objeto, como realidad natural o espiritual, como imagen y mundo. Las multiplicidades son rizomáticas, y denuncian las seudomultiplicidades arborescentes. (Deleuze & Guattari, 2004, págs. 13-14)*

4°- *Principio de ruptura asignificante: frente a los cortes demasiados significantes, cortes que separan las estructuras o que atraviesan una. Un rizoma puede ser roto, quebrado en cualquier parte, vuelve a brotar siguiendo tal o cual de sus líneas (Deleuze & Guattari, 2004, pág. 15)*

5° y 6°- *Principio de cartografía y de calcomanía; un rizoma no responde a ningún modelo estructural o generativo. Es tan ajeno a toda ida de eje genético, como a la estructura profunda es más bien como una serie de base descomponible en constituyentes inmediato, mientras que la unidad de producto pasa a otra dimensión transformacional y subjetiva. (Deleuze & Guattari, 2004, pág. 17).*

## ***BIBLIOGRAFIA.***

### ● **Libros:**

- Angenot, M. El discurso social. Los límites de lo pensable y lo decible. Editorial Siglo XXI. Buenos Aires, 2010.
- Berlinguer Giovanni. La enfermedad. 1994
- Bottinelli M. María y colaboradores. Metodología de la investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo. Buenos Aires, 2003.
- Carballeda, Alfredo. La intervención en lo social. Exclusión e integración de nuevos escenarios sociales. Editorial: Paidós. 2002.
- Deleuze, Gilles. Lógica del sentido. Editorial Paidós. 2005
- Deleuze, Gilles. Crítica y Clínica. Cap. I: La literatura y la vida. Editorial Anagrama. 1996
- Deleuze, Gilles. Diferencia y Repetición. Introducción. Cap. I. Editorial Amourto. 1968
- Deleuze, Gilles y Guattari. Rizoma. Editorial La Piqueta. 1996
- Díaz de Kóbila, Esther. Para leer “Rizoma”, en: Entre la tecnociencia y el deseo, Biblos, Buenos Aires, 2007.
- Díaz de Kóbila, Esther. Entre la tecnociencia y el deseo. La construcción de una epistemología ampliada. Capítulo I: que es la epistemología?. Editorial Biblos. Buenos Aires, 2007.
- Foucault, Michel. Orden del discurso. Editorial Tusquets. Buenos Aires, 1992.
- Foucault, Michel. Vigilar y Castigar: el nacimiento de la prisión. Ed. Siglo XXI. México, 1993.
- Galende, Emiliano. Conocimiento y prácticas de salud mental. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2015.
- Emiliano Galende. De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1990.
- Lapassade, Georges. Socioanálisis y potencial humano. Editorial: Gedisa. 1980
- Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos, procesos. Paidós, Tramas Sociales, Buenos Aires, 2004.

- Montero, Maritza. "Teoría y práctica de la psicología comunitaria: tensión entre comunidad y sociedad". Pág. 200. Paidós, Tramas Sociales, Buenos Aires, 2007.
- Pellizzari, Patricia C. Rodríguez, Ricardo J. (2005) Salud, escucha, y creatividad. Musicoterapia preventiva psicosocial. Ediciones Universidad del Salvador. Buenos Aires, 2005.
- Políticas Públicas en Salud Mental: Enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad. Dirección Nacional de Salud Mental. 2015
- Samaja, Juan. Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina, Lugar editorial, Buenos Aires, 2004.
- Souza Minayo y Suely Ferreira Deslandes. Investigación Social. Teoría, método y creatividad. Editorial Lugar. 2003
- Verón, Eliseo. Semiosis Social. Fragmentos de una teoría de la discursividad. Editorial Gedisa.1998

● **Tesis de grado: Licenciatura en Musicoterapia.**

- Altamiranda, Pedro. Genealogía de la Musicoterapia en Argentina: El devenir de un saber. Buenos Aires, Noviembre de 2015.
- Bennardis, M. José. De la Dimensión y la Forma. La Vivencia Estética y un posible Reflejo en el Lenguaje Verbal. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, 2002.
- Deu, Soledad. De lo profundo hacia la superficie. La musicoterapia y un encuentro con los sentidos que emergen. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, 2012.
- Fernández, Iván. Conversaciones, tiempos, aperturas. El juego como forma de abordaje en la Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, 2008.
- Fregoni, Ramiro. Lenguajes del arte en la vivencia. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, 2015.
- Gianoni Daniela. De abismos y superficies. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, 2002.
- Maldonado, Corali. Discursos y devenires de una práctica. De la posibilidad de construir un posicionamiento que sostenga un hacer en Musicoterapia en Promoción en Salud. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, 2015.

- Permigiati, Mario. Rupturas y encuentros. La musicoterapia y el estigma de la exclusión social. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, 2011.
- Rozin, Malena: Habitar los intersticios. Una intervención desde la Musicoterapia. Un mapeo tras las rejas. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, 2014.
- Savazzini. Tesis de Grado: El Lugar y el Tiempo. De la Construcción de la Identidad Profesional en Musicoterapia. UAI. Año 2005, pág. 29
- Trossero, Georgina. Gravitando entre ataduras y libertades. Una experiencia de externación de pacientes en salud mental. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, 2009

- **Proyectos:**

- Caeiro Lucia, Hirtz Yohanna. Proyecto: “Dispositivo Musicoterapéutico Comunitario”. Construyendo Redes: Abordajes posibles desde una perspectiva de Salud Comunitaria en Musicoterapia. Octubre 2013, Rosario.

- **Artículos:**

- Alberdi María José. Desafíos políticos y asistenciales de la nueva ley nacional de salud mental. El caso de la Provincia de Santa Fe Artículos seleccionados. 2012
- Almirón M. Lila. Construcción rizomática del concepto de Salud Mental. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, Vol. 14, Nº 4. Junio de 2008, págs. 56 a 65.
- Amati, S. Malestar y psicoterapia. XV Congreso Interno de A.P.A. Bs. As. 1996
- Amarante Paulo. El campo artístico-cultural en la reforma psiquiátrica brasileña: el paradigma. Revista Salud Colectiva, Buenos Aires, 9(3):287-299, septiembre - diciembre, 2013.
- Agrest Martín. La participación de los usuarios en los servicios de salud mental. Vertex: Rev. Arg. de Psiquiatría. 2011, Vol. XXII: 409 - 418
- Augsburger, Ana Cecilia. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave.
- Bang, Claudia - Stolkiner, Alicia. Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes.

- Carballada, Alfredo. La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. Artículo publicado desde el Ministerio de Desarrollo Social de la prov. de Bs. As, Subsecretaría de Atención a las adicciones. 2010.
- Compiladores. Centro de Estudios Interdisciplinarios UNR. Investigaciones Interdisciplinarias en Salud Mental. Editorial Laborde.
- Conde Rodríguez H. y Batista de Souza V. L.: El análisis institucional y la profesionalización del psicólogo, Revista "Lo Grupal" N° 7, Ed. Búsqueda. Bs. As. 1989.
- Congreso V: "La Salud en el Municipio de Rosario". Salud: Construcción Intersectorial. Agosto, 1995.
- Díaz de Kóbila, Esther. Notas para una epistemología de las ciencias de la salud. Página 15. Rosario, 2 de octubre de 2008.
- Díaz de Kóbila, Epistemología Ampliada, artículo publicado en su página oficial.
- Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Empoderamiento del usuario de salud mental. Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores de la Comisión Europea. Ministerio de Sanidad y Política Social 2010.
- Ferraggina, Amelia (2004). Panorama 2004 de la Musicoterapia en la Argentina. II Congreso Latinoamericano de Musicoterapia Montevideo, Uruguay.
- Galende, Emiliano. Consideración de la subjetividad en salud mental. Editorial UNLA. Revista de Salud mental y comunidad Año 2, N° 2 .Diciembre de 2012.
- Galende Emiliano- Ardila Sara. El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. Editorial UNLA. Revista de Salud mental y comunidad Año 2, N° 2. Diciembre de 2012
- La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N° 1 Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2008
- Naomar Almeida Filho. La crisis de la salud pública y el Movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos médicos sociales N°75. 1999
- Plan Municipal de igualdad de oportunidades entre varones y mujeres. La situación de la mujer en Rosario. Período 2000-2004.
- Posgrado en salud social y comunitaria. Programa médicos comunitarios. Ministerio de salud, Presidencia de la Nación. Módulo 5: Políticas en Salud.

- Salud. Red de Servicios de Atención. Sitio oficial del Gobierno de la Provincia de Santa Fe.
- Spinelli, Hugo. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva; 2010.
- Stolkiner, Alicia / Ardila Gómez, Sara. Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Revista Argentina de Psiquiatría, Vertex. 2012
- Stolkiner, Alicia. La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada. Año 3 , No 10, Abril de 1999, Rosario
- Stolkiner Alicia. Tiempos "posmodernos": Ajuste y Salud mental. Publicado en el libro: Políticas en salud mental. Comp. O. Saidon y Pablo Troianovsky. Pág. 17. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994.
- Tercer Congreso de Atención Primaria de la Salud. Ciudad de Buenos Aires: Participación Comunitaria y Problemáticas Sociales Complejas. Organización Panamericana de la Salud - OPS Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 2007.

- **Conferencias:**

- Galende, Emiliano y Alonso. Conferencia Magistral: Estrategias comunitarias en la Escuela. 1º Encuentro Provincial de Equipos Interdisciplinarios Distritales, 19 de mayo del 2005, La Plata. Pcia. de Bs. As.
- Galende, Emiliano El impacto de la cultura en la subjetividad de las personas. Avcd Argentina.
- Perrone, Néstor. Redes en Salud. Ponencia en el IX Encuentro Presencial de los programas de educación a distancia “Nuevas formas de organización y financiación en salud” y “Calidad en sistemas y servicios de salud”. Bs. As. 2000

- **Leyes:**

- Ley N° 10.772: Ley de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe.
- Ley N° 12.967: Ley de promoción y protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

- Ley 26.378: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley N° 26.657: Ley Nacional de Salud Mental.
- Ley 26.994: Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación Argentina.
- Ley N° 27.153: Ley de Ejercicio Profesional Nacional de la Musicoterapia.
- Plan Nacional de Salud Mental. La salud mental es un derecho de todos y todas.  
Ley nacional n° 26.657. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del  
Ministerio de Salud de la Nación. Octubre 2013.