

Movimiento Espiralado

Y

Multiplicidades

Análisis de una experiencia de musicoterapia

con adultos mayores

Nara B. Ghio

2017

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología

Licenciatura en Musicoterapia

Tesis de Grado:

**Movimiento espiralado y multiplicidades
Análisis de una experiencia de musicoterapia
con adultos mayores**

Ponente de Tesis:

Nara B. Ghio

Tutora de Tesis:

Sofía Vitali

Co-Tutora de tesis:

Lic. Daniela Gianoni

Título a obtener:

Licenciada en Musicoterapia

Rosario

Julio 2017

En memoria de mi abuela, quien iluminó mi vida con su amor, transmitiéndome valores fundamentales que son inspiración en estas páginas...



“Las multiplicidades se definen por el afuera: por la línea abstracta, línea de fuga o de desterritorialización según la cual cambian de naturaleza al conectarse con otras” (Deleuze - Guattari, 1994:14)

Resumen:

La presente tesis propone analizar las construcciones de sentido alrededor de la vejez en un grupo de adultos mayores institucionalizados y su vinculación con procesos de salud-enfermedad, desde una experiencia de prácticas de musicoterapia. Dicha experiencia tuvo lugar durante el año 2013 y se desarrolló en una institución geriátrica privada de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe.

Desde nuestro enfoque teórico, pensamos el proceso de envejecimiento humano desde perspectivas que atañen al sujeto en todas sus dimensiones no sólo desde el plano psíquico-físico, sino también, atravesado por el entramado social, cultural y relacional. Asimismo, rescatamos los aportes que brinda la musicoterapia al vincular el arte con la salud propiciando espacios de creación, expresión y vivencias colectivas a través del sonido y el movimiento.

En el proceso de prácticas con dicho grupo de residentes emergen situaciones limitantes que muestran en una primera instancia la sujeción discursiva a construcciones prejuiciosas y estereotipos. Mediante el proceso del taller de musicoterapia, se despiertan inquietudes e instancias novedosas para los adultos mayores; donde los mismos comienzan a poner en cuestión estas construcciones y a generar - desde su libertad, creatividad y autonomía - otras posiciones que se muestran aunadas a procesos de salud.

Palabras clave: Adultos mayores, geriátrico, Musicoterapia, posiciones, salud.

Índice

	Pág.
1. Capítulo I: Presentación.....	7
1.1 Introducción.....	8
1.2 Contexto y situación problemática.....	12
1.3	
Objetivos.....	161.4
Hipótesis.....	17
2. Capítulo II: Soporte Teórico- Metodológico.....	18
2.1 Sobre discursos y sentidos.....	19
2.2 Construcciones de sentido alrededor de la vejez.....	22
2.3 Sobre la comprensión de los conceptos salud-enfermedad en esta tesis.....	28
2.4 Sobre el quehacer musicoterapéutico.....	34
2.5 Diseño Metodológico.....	40
3. Capítulo III: Marco institucional.....	42
3.1 Contextualización: geriátrico “El Hogar”.....	43
3.2 Sobre los inicios del taller de musicoterapia.....	46
4. Capítulo IV: Acerca de la experiencia.....	50
4.1 Análisis y lectura sobre el proceso con los adultos mayores.....	51
4.2 Sobre los relatos.....	53
4.2.1 Relato A.....	55
4.2.2 Relato B.....	58

4.2.3 Relato C.....	62
4.3 De vivencias, posiciones y multiplicidades.....	66
4.3.1 El caso del bongó y la armónica.....	66
4.3.2 El caso de Mafalda y la flauta.....	69
5. Conclusiones.....	71
6. Bibliografía.....	73
7. Anexo.....	76
8. Agradecimientos.....	81

Capítulo I

PRESENTACIÓN

1.1 Introducción

La presente investigación se desarrolla como tesis de grado para la Licenciatura en Musicoterapia. En el proceso de la misma, surgen intereses que se desprenden de nuestras inquietudes como investigadores, entendiendo que, al llevar a cabo una investigación, se emprende un proceso de reflexión, dialectización y puesta en crisis sobre posicionamientos que implican al tema seleccionado.

Esta tesis expone un trabajo de análisis de musicoterapia sobre un proceso experiencial con adultos mayores residentes en un geriátrico de gestión privada llamado “El Hogar” ubicado en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. Como objetivo de conocimiento, nos proponemos analizar las construcciones de sentido alrededor de la vejez en dicho grupo de adultos mayores institucionalizados y su vinculación con procesos de salud-enfermedad desde la experiencia de prácticas de musicoterapia. Dicha experiencia, se conforma en un marco de prácticas desde la asignatura “*Musicoterapia en adultos mayores*” a mediados del año 2013 y comprende una duración de cinco meses. Ésta será seleccionada como recorte empírico en nuestra investigación.

En esta investigación, intentaremos analizar nuestra experiencia de prácticas de musicoterapia desarrollando una composición escrita que versa sobre el envejecimiento humano desde un enfoque que atañe al sujeto atravesado por construcciones sociales y culturales. Asimismo, nos proponemos desentramar las construcciones de sentido negativas alrededor de la vejez otorgadas socialmente y cómo estas imágenes negativas generan posiciones que se asocian con procesos de enfermedad cuando el adulto mayor se reconoce en ellas.

En este marco, la experiencia analizada, permite compartir observaciones y desentramar construcciones de sentido mediante estrategias e intervenciones, que aportaron la posibilidad de repensar esta instancia de la vida desde posiciones más saludables. Los movimientos, realizados por los adultos mayores en el devenir¹ del

¹Devenir como un movimiento constante, como un continuo proceso de cambios que nunca tiene fin. El

proceso de prácticas, posibilitaron espacios de de-construcción/construcción² sobre significancias³ y posiciones⁴.

Desde la perspectiva teórica metodológica de esta investigación, creemos necesario considerar ciertos fenómenos básicos que conforman el entendimiento integral y actual en que se desarrolla la temática de la vejez. Comprender el factor demográfico, en una primera instancia, nos ayuda a reflexionar sobre cambios organizacionales que se generan socialmente a partir del crecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida.

En Argentina a diferencia de otros países de Europa, el envejecimiento se desarrolla de forma acelerada. Nuestro país presenta una población con el mayor nivel de envejecimiento de América Latina, con un 10,2% de población de 65 años y más, proporción sólo superada por Cuba y Uruguay.

Según estudios locales realizados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), se muestra que nuestro país ha experimentado un considerable aumento en la expectativa de vida:

- En 2010 el censo nacional arrojó como resultado un índice de envejecimiento de 40,2 por ciento; y se pronostica que, en el año 2020 los hombres llegarán a alcanzar la edad promedio de 73 años y las mujeres de 80.

Dicho factor se hace posible gracias a la evolución de la medicina, la ciencia y la tecnología, que proporcionaron mediante sus avances, la prolongación del tiempo de vida. Pero el hecho de vivir más cantidad años, no implica que los adultos mayores

devenir no soporta la separación, ni la distinción entre el pasado y futuro porque su esencia es avanzar, así el tiempo transcurre y las cosas no son, sino que devienen. (Deleuze, Gilles; 1989)

² *"De-Construcción / Construcción es un 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 esta 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."* (Bennardis, María José; 2002:16)

³ Construcción de sentido lineal que no permite desplazamientos. Samaja, Juan (2007)

⁴ La **posición** denota un lugar fijado por el sujeto y el **posicionamiento**, un modo de posición ante diferentes situaciones, que no indica un sólo lugar posible de ser ocupado. Este sitio, no se determina como fijo en tanto a nuestra práctica, pero sí puede encontrarse fijado en la historia del sujeto, como parte de las construcciones que éste hizo a lo largo de su historia.

vivan mejor, ya que muchas veces se ven vulnerados sus derechos y su posición social.

Debido a estos factores creemos que, si bien la sociedad avanza y se modifica en diversos niveles, hay componentes colectivos en las construcciones hacia la población gerontológica que siguen otorgando representaciones⁵ estigmatizantes y prejuiciosas. Esta permanencia, en un marco social y cultural se exterioriza en *conductas*⁶ que son aprendidas y transmitidas generacionalmente, conformando un sistema de creencias con vigencia en la actualidad.

Dichas representaciones, que se traspasan en forma de tradiciones, fueron posicionando al adulto mayor aunado a una imagen negativa, que reconoce en su composición, a la vejez relacionada a procesos de enfermedad y poca utilidad. Estos atributos⁷, otorgan al adulto mayor un sitio de exclusión en el tejido social que se ve agravado por la puesta en juicio de su validez discursiva⁸. Dichas cuestiones confieren instancias de vulnerabilidad en la autonomía y derechos de este grupo etario.

Desde nuestro referente empírico, la presente tesis expondrá una experiencia de prácticas de musicoterapia con adultos mayores institucionalizados en donde acontecen construcciones discursivas “prejuiciosas”, en las cuales se puede ver cómo queda posicionado a nivel social el adulto mayor. Mediante el devenir de la práctica, se generan espacios de quiebres en las construcciones de sentido establecidas, que favorecen la puesta en crisis y la reflexión de la posición de los adultos mayores en pos de construir colectivamente instancias de salud. *“La salud es un valor esencialmente ligado a la idea de libertad o Autodeterminación”*. (Samaja, 2007:10)

Todo lo expuesto hasta aquí, intenta mostrar al lector el camino que emprenderá dicha investigación, la cual mostrará desde el devenir del espacio de musicoterapia, avatares que emergen en el mismo, como así también movimientos y variaciones en dinámicas grupales e individuales. A través de la conformación de un espacio colectivo

⁵Representación: implica una relación, imputada por una regla en el seno de una comunidad. (Samaja, 2004:151)

⁶“Entendemos las conductas culturales como la estabilidad transgeneracional de configuraciones conductuales adquiridas ontogénicamente en la dinámica comunicativa de un medio social” (Maturana-Varela; 2003:133).

⁷“El atributo no designa ninguna cualidad real, es, al contrario, expresado siempre por un verbo, lo que quiere decir que no es un ser, sino una manera de ser” (Deleuze, 1989:29)

⁸“Discurso: configuración espacio - temporal de sentido” - Verón, Eliseo (1998: 127)

que permitió no sólo composiciones sonoras, sino que también posibilitó la deconstrucción/construcción de significancias lineales mediante la puesta en cuestión de ellos mismos sobre sus posiciones y formas de relación.

Para el desarrollo de esta investigación contamos con diversas estrategias metodológicas: observaciones participantes, no sólo desde el taller, sino observación de situaciones cotidianas, entrevistas a directivos y residentes del geriátrico.

La organización de este escrito se compone de cuatro capítulos, en el **primer** capítulo se desarrolla a modo de **presentación**, el contexto y situación problemática, los objetivos y la hipótesis que conforman dicha investigación.

En el **segundo** capítulo delinearemos las consideraciones **teórico-metodológicas** de la investigación, donde expondremos cuestiones epistemológicas, teóricas y empíricas, mostrando la complejidad de la temática y la posición, como musicoterapeutas, que tomamos para el trabajo con adultos mayores.

En el **tercer** capítulo expondremos el **marco institucional**, el cual comprende el desarrollo del contexto institucional en que se realiza la experiencia y los inicios del taller de musicoterapia.

El **cuarto** capítulo despliega el **proceso experiencial**, describiendo los análisis realizados desde el espacio de musicoterapia, y mostrando el recorrido de los adultos mayores por el mismo.

Finalizaremos esta investigación con posibles construcciones de sentido, que permitan una instancia de **conclusión** sobre el tema elegido.

1.2 Contexto y situación problemática

“Construir conocimiento para transformar-nos” (Achilli, 2005:43)

En este apartado formularemos un soporte contextual sobre problemáticas que se dan en la vejez, debido a construcciones negativas que son establecidas y creadas socialmente. Desplegaremos de esta manera, diferentes estadísticas que dan sustento empírico a dichas problemáticas para poder entender en qué posición queda el adulto mayor frente a esas construcciones. Asimismo, éste será el paso inicial que nos permitirá comenzar a indagar sobre la carga sentido social que tienen las mismas para comenzar a investigar, si al ser adoptadas por esta población, generan posiciones que se encuentran relacionadas a procesos de enfermedad.

Adentrándonos en problemáticas que emergen en el campo de la vejez, el autor Leopoldo Salvarezza, nos permite entender cómo queda posicionado el adulto mayor en las construcciones discursivas sociales y culturales. Salvarezza plantea, en su libro - *Psicogeriatría: teoría y clínica (2002)* - que la sociedad *“establece un cúmulo de conductas negativas hacia la población gerontológica”*, acercándose al concepto de *“viejismo”*⁹. Diferentes estadísticas muestran concepciones sociales negativas relacionadas a la vejez estableciendo *“que los viejos son todos enfermos o discapacitados”, “deprimidos”, “seniles”* (Salvarezza, 2002:37), entre otros.

El autor cita a Palmore, quien señala que, *“un tercio de la gente común asegura que los viejos pasan mucho tiempo en cama a causa de sus enfermedades”*; *“tienen muchos accidentes en el hogar”*; *“tienen pobre coordinación psicomotriz lo que los hace propensos a los accidentes”*; *“desarrollan infecciones fácilmente”* y que *“la mayoría de la población cree que entre el 20 y el 50% de los viejos están hospitalizados o viven en instituciones especializadas”*. (Salvarezza, 2002:37) Se establece aquí, un fuerte prejuicio que pone en un mismo plano la sinonimia *“viejo=enfermo”*. Estudios realizados en las sociedades industrializadas y desarrolladas nos muestran que el nivel de internación de los adultos mayores es el siguiente: en Estados Unidos 3,7%, en

⁹ *“Viejismo”*- concepción de Leopoldo Salvarezza (2002), desarrollada en la página 30 de esta tesis.

Inglaterra 4,5%, en Dinamarca 5,3%; arriba de los 75 años el promedio sube al 8%¹⁰ (Shanas, 1985).

Mónica Roque establece que *"En Argentina los mayores de 60 años representan el 14,3 por ciento de la población, es decir, que se registra un incremento de casi un punto en referencia a la década anterior; sin embargo, el porcentaje de ellos institucionalizado descendió de 1,4 en 2001, a 1,3 en 2010, muy lejos de las cifras que la población imagina"*(Roque, 2013:1)

Por otra parte, Julieta Oddone, coordinadora del programa de envejecimiento de Flasco-Argentina, expone que *"Las investigaciones dicen que mayoritariamente, las personas mayores están bien y resuelven su vida cotidiana sin mayores problemas. En algunos casos, que es aproximadamente un 5% de la población mayor, necesitan alguna forma de acompañamiento, que por lo general es un auxiliar gerontológico o una persona de servicio doméstico que cumple con la función de cuidado. De la población general, sólo un 2% se encuentra en internación geriátrica"*(Oddone, 2014:1),

Prosiguiendo con el desarrollo de los estereotipos, plasmados por Salvarezza, estudios demuestran las siguientes cifras: *'En relación al estereotipo que los viejos desarrollan más fácilmente infecciones y tienen más accidentes hay actualmente muchas menos condiciones agudas de este tipo que entre las personas más jóvenes (1,1 por persona por año contra 2,3 por persona debajo de los 65 años). Es cierto que los viejos tienen más problemas crónicos (81% pero es sólo un 50% mayor que entre las personas entre 17 y 64 años (54%), incluyendo algunas condiciones menores tales como el uso de gafas, reducción de la audición y alergias"* (Salvarezza, 1994:3). *"Un estudio sobre un programa de un año de duración con ejercicios realizados por personas mayores de 70 años demostró que su salud y el ajuste de las reacciones corporales eran similares a los de las personas 30 años menores."* (Salvarezza, 1994:3)

Julieta Oddone realiza estadísticas en base a discursos de los adultos mayores anónimos que establecen que *"aproximadamente un 9% de personas mayores eran*

¹⁰Salvarezza Leopoldo (2002) – Psicogeriatría: teoría y clínica – Shanas, E., and Maddox, G.L. "Aging, Health and Organization of Health Resources", en BINSTOCK, R.H. and SHANAS, E. Handbook of Aging and the social sciences. Van NostrandReinhold Co. New York, 1976

objeto de maltrato de distinto tipo, desde maltrato físico hasta económico, pasando por el psicológico.”... “En lo que respecta a la violencia física hay alrededor de un 2% de la población. Pero hay violencia económica y maltrato con agresiones verbales. Si sumamos los distintos tipos llegamos al 8,5% de la población.” (Oddone, 2015:2)

Oddone, desarrolla que “hay un maltrato social con respecto a la discriminación que sufren las personas viejas por el mero hecho de haber transitado una etapa de la vida. Hay un maltrato social ligado a arrebatos y malos tratos en la vida cotidiana, en las ciudades y en las calles. Instituciones que maltratan. De este tipo de maltrato social se quejan alrededor del 30% de las personas mayores”. (Oddone, 2015:3)

Las estadísticas expuestas, expresan construcciones prejuiciosas que emergen del tejido social y cultural. Conformando una huella en nuestros discursos y en nuestras tradiciones. Las construcciones discursivas a nivel histórico, muestran cómo estos discursos se naturalizaron a nivel social quedando cristalizados, detenidos, enquistados, no sólo en las construcciones colectivas sino en nuestras costumbres, formas de actuar y pensar.

Si bien se expone mediante las estadísticas, que es más bajo el porcentaje de la población de adultos mayores institucionalizados, no significa que los mismos sólo recurren a esos lugares en casos de necesidad extrema. Muchas veces, algunos adultos mayores, deciden vivir en estas residencias para no pasar tiempo solos y generar nuevas relaciones encontrándose plenamente saludables tanto física como psíquicamente.

Analizaremos entonces, por un lado, la conformación discursiva que sostiene un sistema de creencias que tienen una fuerte carga de sentido a nivel social. Y por otro, las posiciones que adopta el adulto mayor en base a las construcciones discursivas prejuiciosas y estereotípicas, otorgándole una fuerte carga a esta etapa de la vida, como instancia asociada a la no productividad, la enfermedad, la discapacidad y la poca utilidad.

Los prejuicios arraigados, van generando huellas en nuestro desarrollo que posicionan al adulto mayor en lugares estigmatizantes, los mismos, al no ser analizados o puestos en reflexión se conforman como aprendidos y es la razón por la cual la gran

mayoría de los adultos mayores sostienen estas creencias que fueron construidas a lo largo de su vida creyendo que en la etapa por la que están transitando se encuentran reducidas sus posibilidades.

Debido a estas construcciones, nace el problema de esta tesis, que emerge del trabajo con adultos mayores en un geriátrico de gestión privada llamado “El Hogar”, en el cual, al realizar prácticas de musicoterapia durante cinco meses se comienzan a gestar diversos interrogantes.

Si bien cada adulto mayor dentro de su complejidad presenta miradas y perspectivas diferentes ante diversas situaciones, hizo relieve la huella de los discursos sociales estigmatizantes y prejuiciosos sobre la vejez. Esta huella discursiva deja vislumbrar dentro del espacio de musicoterapia **posiciones** de los sujetos¹¹ en subordinación a estos discursos construidos socialmente, lo cual nos da apertura a la formulación de interrogantes que conformarán el problema de esta investigación.

¿Cómo desde la musicoterapia podemos generar estrategias que permitan la de-construcción/construcción de discursos instaurados socialmente en los que queda posicionado el adulto mayor?

¿El movimiento espiralado¹² permite destejer la significancia lineal posibilitando el acontecimiento del sujeto desde su autonomía y su libertad?

¹¹ Sujeto no sujetado a estructuras pre-existentes. La concepción de sujeto en esta tesis exalta su capacidad de potencia, entendida desde Spinoza.

¹² Movimiento espiralado: Hace mención a la **de-construcción/construcción** en permanente movimiento. Este término es utilizado para determinar instancias que conforman el pensamiento dialéctico y complejo. El mismo puede ser comparable a los movimientos del sistema solar y de las galaxias espirales, las cuales se encuentran en permanente movimiento y transformación. Asimismo, nos permite pensar en ciclos constantes y cambiantes. Desde esta perspectiva, podemos reflexionar sobre multiplicidades de posiciones que permitan elegir al sujeto cual quiere ocupar relacionadas a instancias salud.

1.3 **Objetivos**

Objetivo general:

- Analizar las construcciones de sentido alrededor de la vejez, en un grupo de adultos mayores institucionalizados y su vinculación con procesos de salud-enfermedad desde una experiencia de prácticas de musicoterapia.

Objetivos específicos:

- 1) - Analizar las construcciones de sentido alrededor de la vejez en un grupo de adultos mayores institucionalizados.
- 2) - Analizar las vivencias/experiencias del grupo de adultos mayores en relación a las prácticas de musicoterapia y su vinculación con los procesos de salud-enfermedad.

1.4 Hipótesis

- En nuestro primer nivel de hipótesis, comprendemos que la vejez es compleja y presenta múltiples escenarios posibles de ser transitados. Si bien, por un lado, se dan algunos deterioros físicos, esto no significa que todos los adultos mayores presentan problemas de este tipo. Creemos que la vejez es una construcción social relacionada a construcciones y cargas de sentido negativas que proporcionan al adulto mayor un lugar de diferencia en su entorno familiar y social. Es así, que pensamos que hay multiplicidades de formas de transitar la vejez y que el adulto mayor tiene el derecho de elegir qué lugar quiere ocupar y cómo quiere transitar esta instancia. Debido a que creemos que el modo en que se asuma la misma, afectará la forma en que será vivenciada.

- El segundo nivel de hipótesis, se respalda en que dichas construcciones son agravadas por situaciones dolorosas que atraviesa el adulto mayor en sus contextos más cercanos. Si bien la institución geriátrica “El Hogar”, presenta realidades y situaciones disímiles, se da un porcentaje muy alto de *deabandono familiar*, lo que en muchos casos, provoca un deterioro emocional de los residentes. En algunas situaciones el abandono por parte de la familia, hace que el adulto mayor vivencie su edad asociada a construcciones negativas en las que expresa sentirse una carga para su entorno. Esto pone en evidencia un lugar conferido por sus vínculos más cercanos, generando un deterioro emocional al asumir el mismo. De esta manera, se van construyendo procesos en relación a la enfermedad donde el adulto mayor se ve afectado anímicamente al asumir una imagen de “imposibilidad” e “inutilidad”, que se agrava al encontrarse alejado de su contexto cotidiano.

- En el tercer nivel de hipótesis, comenzamos a pensar, si desde nuestra práctica específica como musicoterapeutas, podríamos contribuir a la deconstrucción/construcción de estas posiciones. En pos de generar otras lógicas, que permitan la puesta en crisis de prejuicios y estereotipos, favoreciendo un lugar crítico para transitar dicha etapa saludablemente, donde el adulto mayor pueda encontrar multiplicidades de formas de posicionarse; lugares de expresión y creación que permitan su potencia, libertad y autonomía.

Capítulo II
SOPORTE
TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 Sobre discursos y sentidos

Como hemos mencionado en la introducción del escrito, la población gerontológica sufre a diario la carga de enunciados negativos que otorgan un lugar de diferencia en el tejido social. Creemos necesario en este apartado volver al origen en que se gesta lo discursivo para comprender lo social y vislumbrar otros caminos que nos permitan fundar nuevas formulaciones. Para esta tarea, rescatamos los aportes de E. Verón, en su análisis de la “*Semiosis social*”; lo que nos permitirá ampliar la mirada sobre lo discursivo y encontrar múltiples significancias.

El concepto de discurso¹³, entendido desde la “*Semiosis social*”, abre la posibilidad de reformulación conceptual haciendo “*estallar el modelo binario del signo*”, el cual comprende un significado unívoco, para tomar a su cargo el “*pensamiento ternario de la significación*”¹⁴. Lo que nos permite dar apertura a múltiples significados que varían según el contexto social y cultural en que sean configurados. Así se comienza a complejizar el entendimiento del *sentido* y se busca romper con la significancia lineal para poner en juego *significantes*, que devengan multiplicidad de análisis y lecturas.

Nuestras construcciones discursivas determinan diversos *sentidos* a nivel social, diferentes en cada cultura. Es así que la base de creencias, tradiciones, religiones, costumbres e ideologías cambia según el lugar que nos encontremos y la cronología de la que hablemos. Los discursos, de esta manera, son atravesados por la temporalidad y el espacio en que son configurados, viéndonos implicados por construcciones establecidas socialmente. Las mismas, conforman marcas¹⁵ o huellas¹⁶ en nuestros discursos que se vinculan a modos de entender la realidad y las situaciones cotidianas.

Las construcciones de sentido, al encontrarse “*detenidas*” generan una *significancia lineal* en las que se muestran enquistados ciertos enunciados, como

¹³ “Cualquiera que fuere el soporte material, lo que llamamos un *discurso o un conjunto discursivo* no es otra cosa que una *configuración espacio-temporal de sentido*.” (Verón, 1998:127)

¹⁴ Verón, 1998 – (pág. 122)

¹⁵ *Marcas*: “cuando se trata de propiedades significantes cuya relación, sea con las condiciones de producción o con las de reconocimiento, no está especificada.” (Verón, 1998:129)

¹⁶ *Huellas*: “Cuando la relación entre una propiedad significativa y sus condiciones se establece, estas marcas se convierten en huellas”. (Verón, 1998:129)

“*verdades absolutas*”. En este panorama se dificulta el pensamiento dialéctico que permite la apertura a nuevos significantes.

Una teoría de los discursos sociales reposa sobre una doble hipótesis: “*toda producción de sentido es necesariamente social: no se puede describir ni explicar satisfactoriamente un proceso significativo sin explicar sus condiciones sociales productivas*” y “*Todo fenómeno social es, en una de sus dimensiones constitutivas, un proceso de producción de sentido*” (Verón, 1998: 125,126)

Bajo el marco de nuestra tesis, comprendemos que los prejuicios y estereotipos hacia la población gerontológica se manifiestan como fenómenos sociales, ya que son los miembros de la sociedad los que hacen que esas construcciones negativas permanezcan vigentes en la actualidad. Las mismas confieren una fuerte carga de sentido social que determina lugares estigmatizantes para los sujetos que están transitando esta etapa de la vida. Cuando los adultos mayores se reconocen en dichas imágenes negativas, se van asumiendo estas posiciones que la sociedad les otorga como única posibilidad.

“*Las condiciones productivas de los discursos sociales tienen que ver, ya sea con las determinaciones que dan cuenta de las restricciones de generación de un discurso o de un tipo de discurso, ya sea con las determinaciones que definen las restricciones de su recepción. Llamemos a las primeras condiciones de producción y, a las segundas, condiciones de reconocimiento. Generados bajo condiciones determinadas, que producen sus efectos bajo condiciones también determinadas, es entre estos dos conjuntos de condiciones que circulan los discursos sociales.*” (Verón, 1998:127)

Los discursos lineales que analizamos en este trabajo, “discursos prejuiciosos”, en su nivel “ideológico”¹⁷ generan relaciones de reconocimiento en torno al “poder”¹⁸. Cuando cristalizamos construcciones de sentido prejuiciosas estamos construyendo discursos con una fuerte carga de sentido generando de esta manera “efectos” en la

¹⁷ Ideológico: “sistema de relaciones de un discurso, con sus condiciones de producción, cuando estas ponen en juego mecanismos de base del funcionamiento de una sociedad.” (Verón, 1998:134)

¹⁸ Poder: “sistema de relaciones de un discurso con sus efectos, cuando las condiciones de reconocimiento conciernen a los mecanismos de base de funcionamiento de una sociedad” (Verón, 1998:134)

población que se ve afectada por estos. Podemos decir entonces, que muchas personas han crecido conservando en su imaginario construcciones negativas en torno a la vejez y que otras al transitarla adoptan estos discursos como única posibilidad. Esto nos muestra, que el poder que establecen las construcciones de sentido es muy fuerte y que muchas veces, el reconocimiento de los sujetos en éstas, genera procesos en relación a la enfermedad.

En síntesis;

- Saber que lo *discursivo* se construye en lo social nos habilita a reconocer que estamos atravesados por estas construcciones discursivas. Reconocer *las condiciones de producción discursiva*, permite a los adultos mayores identificar que esas son construcciones de sentido establecidas socialmente pero que ellos pueden **elegir** si se reconocen o no en las mismas.

- La comprensión de los discursos sociales permite vislumbrar al adulto mayor, los **“efectos”** que produce el reconocimiento discursivo a la imagen negativa que construye la sociedad en relación a la vejez. Reconocer estas huellas que el sistema social enajena en sus cuerpos, permite conformar instancias de salud, donde el sujeto pueda autodeterminarse, libre de las cargas sociales establecidas.

2.2 Construcciones de sentido alrededor de la vejez

En el presente apartado el lector podrá vislumbrar en un **principio** la concepción que establecemos para definir el proceso de envejecimiento humano. En una **segunda** instancia, nos sumergiremos en un breve recorrido histórico para comprender cómo es definido el proceso de envejecimiento por diferentes culturas reforzando la relación de la vejez con construcciones de sentido sociales. Como **tercera** instancia, nos adentraremos en el concepto de “*viejismo*”, revalorizando los aportes del autor L. Salvarezza, quien pondrá luz en el entendimiento de los prejuiciosos hacia la población gerontológica.

Cuando el tema que nos convoca se refiere a vejez, nos encontramos con una cantidad heterogénea de discursos que atañen a diferentes ciencias de la salud, como así también, cuestiones políticas, sociales y legales. La gerontología es la ciencia que se encarga de estudiar de manera integral el proceso de envejecimiento. Es necesario; así, reconocer que al hablar de vejez nos encontramos frente a un escenario complejo que ha atravesado diferentes transformaciones a lo largo de la historia.

“Abordar el estudio del envejecimiento y la Vejez en toda su complejidad implica tener en cuenta al hombre en su contexto Bio-Psico-Social-Cultural, así como comprender los modos particulares en que éste, en Sociedad, se vincula con el ambiente.”(Dabove, 2008:17)

Este nuevo paradigma, nos brinda una perspectiva diferente al pensar en salud; abarcando no sólo los factores biológicos y psicológicos, sino que también, atañe aspectos sociales. De esta forma se genera una ruptura en el estudio de la vejez, en base a las etapas de desarrollo, para comenzar a pensar desde el proceso vital conformado por distintos factores sociales que determinan al sujeto desde su singularidad.

“La ancianidad, no es un concepto meramente cronológico, porque no se es viejo únicamente por alcanzar una determinada edad. Como tampoco es un fenómeno unívoco. Los gerontólogos de la actualidad concuerdan en afirmar que existen diferentes grados de vejez plenamente determinables. ...Este proceso, en tanto vital, es ciertamente un proceso biológico. Más, por tratarse en este caso de envejecimiento

humano, tampoco hay que olvidar que también es un proceso histórico tanto cultural. No se es anciano sólo porque nuestro cuerpo cambie al alcanzar determinadas edades. Se es anciano, además, porque la sociedad en la que vivimos nos cataloga como tales y nos sitúa en ese papel, en función de los valores que consideran importantes.”
(Dabove, 2008:16)

En este marco, pensamos que la vejez más allá de comprender factores biológicos, también es, una construcción social. Consideramos que la misma es parte del proceso natural de los seres humanos y que llegar a la vejez no tendría que ser entendido como una instancia negativa. La vejez como construcción social, se funda tanto individual como colectivamente ya que, cada sociedad y cada cultura, han establecido construcciones de sentido alrededor de esta etapa. Por ello, es necesario desentramar las diferentes interpretaciones, conformadas a través del tiempo, sobre el envejecimiento.

El término para designar a los adultos mayores ha variado significativamente a lo largo de la historia. En las culturas **orientales**, como así también, en las culturas de los **pueblos originarios**, llegar a la vejez es sinónimo de sabiduría, de fuerza y prestigio. La experiencia vital acumulada les proporciona a los adultos mayores un lugar de autoridad y jerarquía social. Algunos ejemplos de cómo se designa a este grupo etario en esas culturas muestran una diferencia con nuestra sociedad. En los pueblos hebreos son designados “*ancianos*”, en relación a la sabiduría y al poder. En árabe: “*shaij*”, que significa, doctor, maestro y guía espiritual. En persa: “*mard*”: héroe, valiente, atrevido. En México, una abuela o abuelo, es sinónimo de sabiduría, de respeto y de integración, es decir, un “*anciano indígena*” vive su vejez entregado a transmitir su conocimiento acumulado a las generaciones que van a tomar cargos civiles y ceremoniales. Los mismos, siguen activos socialmente y son estos los habilitados para tomar decisiones políticas y religiosas.

En nuestra cultura **occidental**, se designa a los adultos mayores, con el término “*viejo*” proveniente del latín “*vetulus*” que significa de cierta edad pero también encierra la idea de *cosa gastada, deteriorada por el uso y el paso del tiempo*. Este término no sólo se utiliza para referirse a personas, sino que también, es empleado para describir objetos.

En la actualidad, se comprende a este grupo etario con el término “*adulto mayor*” quitándole el uso peyorativo que implican otros términos. De esta manera, se intenta favorecer los derechos de decisión y autonomía de las personas mayores. Pero si bien, han cambiado las concepciones y formas de nombrarlos creemos que actualmente siguen vigentes construcciones negativas en lo que respecta a la temática de la vejez. Es conforme a esto que más allá de que la terminología cambie, las transmisiones culturales inculcadas generacionalmente siguen vigentes en nuestras construcciones colectivas sociales, conformando *prejuicios* que se instalan en nuestros discursos.

El término **prejuicio** proviene del latín “*praeiudicium*” y puede traducirse como “juicio previo”.

“Los prejuicios se establecen a partir de creencias basadas en las costumbres, tradiciones o mitos que se adjudican a determinado grupo. Como tal, se originan primero hacia un individuo, luego se atribuyen a todo el grupo al que pertenece ese individuo, y, a continuación, se aplican a todos los individuos del grupo.”¹⁹

Las construcciones prejuiciosas arrastran consigo el problema de que generalmente derivan en situaciones de injusticia, discriminación y estigmatización²⁰. Carmen Huici, expresa que los estereotipos “*son la expresión y racionalización de un prejuicio*”, y que los mismo, “*suponen una forma de economía y la simplificación en la percepción de la realidad*” (Huici 1996: 179)... “*son cuadros en la cabeza*” que nos muestran un aspecto de la realidad “*nos hablan del mundo antes de verlo*” [...] “*en la mayoría de los casos no es que veamos primero y luego definimos, sino que definimos primero y luego vemos*”. (Huici, 1996: 180)

De esta manera se puede ver cómo los estereotipos y prejuicios generan determinaciones discursivas que forjan áreas de discriminación en el tejido social, fijando lugares para ciertos miembros de la población. Diversos autores, han estudiado el fenómeno de la vejez haciendo foco en el comportamiento de las sociedades. Se comienza a observar así, cómo es tratado el adulto mayor por los miembros que conforman la sociedad, manifestándose en diferentes estudios conductas negativas e

¹⁹ <https://www.significados.com/prejuicio/>

²⁰ El término estigma es “*utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador*” (Goffman 1989: 13)

estigmatizantes hacia la población gerontológica, naciendo así, el concepto de “*viejismo*”.

Remontándonos al origen del término, el primero en observar conductas negativas culturalmente hacia la población gerontológica fue R. Butler en 1968. El mismo ha estudiado este fenómeno intentando descubrir su origen y sus consecuencias. Butler, fue el primero en establecer en 1993 el concepto de “*Viejismo*”²¹ y Leopoldo Salvarezza continúa estudiando esta concepción de Butler tomándola como motor para fundamentar su propia concepción de *viejismo*.

*“El viejismo es una conducta social compleja con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas y es usada para devaluar, consciente o inconscientemente, el status social de las personas viejas. Su construcción está basada en la estereotipia y la utilización, generadora de este componente psicosocial lleva a la construcción de las estructuras de los prejuicios que luego son usados ampliamente en contra de la población vieja... Por lo tanto, el término **viejismo define el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos en función de su edad.**” (Salvarezza, 2002:28)*

Partiendo de esta premisa, expresada por Salvarezza, podemos comprender que se relaciona al adulto mayor con prejuicios que establecen una prominente conexión con la enfermedad. Esta, está basada en la construcción de estereotipos comunes que tienen que ver con la falta de capacidad del adulto mayor para estar solo, con el deterioro físico, motriz y cognitivo y con la idea de internación geriátrica u hospitalaria. Viéndose de esta forma, afectada su veracidad discursiva y su autonomía²².

Creemos que estos estereotipos son emergentes de sociedades capitalistas, donde se busca enaltecer la productividad y la eficiencia de sus miembros favoreciendo a las

²¹ “El *viejismo*, el prejuicio de un grupo contra otro, se aplica principalmente al prejuicio de la gente joven hacia la gente vieja. Subyace en el *viejismo* el espantoso miedo y pavor a envejecer y a los viejos envidiando a la juventud. El *viejismo*, no solo disminuye la condición de las personas mayores, sino la de todas las personas en su conjunto.” (Butler, 1993)

²² “El derecho a la autonomía tiene que ver con que la persona mayor se haga valer como sujeto de derechos en el espacio de vida que le quede por transitar. Y también está el derecho a la autodeterminación del propio cuerpo y del propio patrimonio.” (Dabove, 2012:1)

personas que siguen “*activas*” laboral y económicamente. En este panorama, el trabajo pasa a ser una de las características más valoradas de la sociedad y el estado comienza a ser el responsable de compensar los servicios prestados por los adultos mayores a la sociedad, creando así, el *aporte jubilatorio obligatorio* que pasa a ser el sostén económico de las personas mayores.

En ese marco, muchas personas mayores ven vulnerados sus derechos en diversos aspectos. Así se registran, en la institución geriátrica en que se realizó esta investigación, situaciones de abandono que atraviesan algunos residentes encontrándonos con un 40% de casos de abandono familiar. En la mayoría de los casos, la familia se beneficia de la situación del adulto mayor quedándose con sus viviendas y aportes jubilatorios. Dichas situaciones le confieren a esta población, por un lado, un lugar que es vivenciado negativamente en el que expresan sentirse una “carga” o “molestia” para sus familias y por otro, se comienza a sufrir un deterioro emocional al perder sus vínculos afectivos más próximos. Los factores expuestos muestran cómo se ve influenciada la imagen que el adulto mayor construye de sí mismo y sobre la vejez, lo cual desfavorece, en muchas situaciones, su salud.

Si bien cada sociedad establece sus propias leyes, en la gran mayoría de las sociedades occidentales, se desprenden construcciones de sentido negativas estigmatizantes que devalúan la imagen del adulto mayor. Los estereotipos, asimismo, son impuestos en los medios masivos de comunicación, enalteciendo la imagen de la “*juventud*” como producto deseable. En este panorama, la gran mayoría de las publicidades se ven orientadas hacia la población joven o para mantener un estado de juventud, relacionado a la belleza y a la salud como estereotipo deseable. Desde esta lógica, se niega la vejez como un proceso natural y se intenta detener esa instancia sometiendo al adulto mayor a discursos que llevan consigo una fuerte carga de sentido e instalan construcciones que generan vulnerabilidad en su autonomía y en sus derechos. Consideramos de esta manera, que los prejuicios y el estigma hacia las personas mayores, genera la asociación de esta etapa como desfavorable y poco saludable.

Todo lo expuesto hasta aquí, nos proporciona el acercamiento a problemáticas que emergen en el campo de la vejez, reconociendo algunas construcciones de sentido estigmatizantes como proceso negativos para los adultos mayores. Que se ven

relacionadas, si el sujeto las adopta como única posición, con procesos de enfermedad.

En síntesis:

- Concebimos que el envejecimiento humano es un proceso natural, que no tendría que ser vivenciado como una instancia negativa, ni diferente en la vida de las personas.

- Entendemos que diferentes culturas adoptan distintas concepciones en la comprensión de la vejez y que estas construcciones generan diferentes maneras de transitar el proceso de envejecimiento.

- Reforzamos la premisa de que la vejez es una construcción social y que la misma conforma construcciones de sentido negativas para esta población. Se configuran así sistemas prejuiciosos que se transmiten de generación en generación pero no son puestos en reflexión por las sociedades.

- Estos prejuicios y cargas sociales, agravados por el sistema productivo y el advenimiento tecnológico, proporciona al adulto mayor un panorama donde no tiene acceso a una imagen donde pueda identificarse saludablemente.

- Los prejuicios, los estereotipos y la estigmatización proporcionan una fuerte carga en esta instancia de la vida, dejando al adulto mayor por fuera de lo “normal”. Creemos que si el adulto mayor adopta estas construcciones establece que su situación está relacionada a procesos de enfermedad.

2.3 Sobre la comprensión de los conceptos salud-enfermedad

En este apartado, haremos alusión a los conceptos de salud y de enfermedad comprendidos desde una perspectiva teórica social. Rescataremos los aportes del autor Juan Samaja, en su libro *“Epistemología de la salud”*, quien nos brindara un entendimiento de estos conceptos relacionados a ámbitos sociales. También mostraremos cómo ciertas construcciones rígidas se van relacionando a procesos de enfermedad que se enfatizan a lo largo de la vida. La comprensión de estas perspectivas nos ayudará a vislumbrar un escenario, en el cual sea posible transitar una vejez más saludable.

Cuando hablamos salud-enfermedad nos encontramos con un horizonte amplio y complejo, no solo desde su comprensión teórica sino también desde factores que comprenden construcciones sociales. Centrándonos en la historia, desde un enfoque social, podemos iluminar diferentes construcciones que se han establecido en torno a estos conceptos. La enfermedad se ve relacionada así con estereotipos de anormalidad, aunada a estados no deseables, determinada cómo un mal y como una desviación. En contraposición a esto, se piensa a la salud cómo un bien, cómo un estado deseable y normal. Se establecen, asociaciones del orden de que la enfermedad necesita “atención” y “curación” para volver a un estado de salud: “normalidad”. Por consiguiente el término *enfermedad* se relaciona con el sufrimiento, la diferencia y el peligro, generando huellas en los sujetos que eran denominados de esta forma. Se puede ver cómo a lo largo de la historia estas personas, en algunos casos, eran encerradas o sometidas a experimentación médica perdiendo su status social y sus empleos. Este panorama se ve agravado por el aislamiento social porque los miembros de la sociedad se comienzan a apartar de las personas enfermas por miedo al “contagio”. Dichas situaciones comienzan a generar un lugar de “diferencia” para esta población. Los términos salud y enfermedad, se van cargando de sentido en el imaginario social: la salud se convierte en un bien que se vuelve un *valor* importante para la sociedad y la enfermedad, se relaciona con connotaciones negativas que atañen a estados no deseables.

La organización mundial de la salud (1946), establece que la *“Salud es un estado de completa satisfacción física, mental y social y no solamente la ausencia de*

enfermedad”. Desde esta perspectiva, se comienza a tomar al sujeto desde una complejidad que abarca el fenómeno de la salud de manera integral, comprendiéndolo así, en relación con lo social y lo mental. Nosotros, en esta tesis, rescataremos los aportes de Juan Samaja, quien va a concebir a la **salud** como “*un valor esencialmente ligado a la idea de libertad o autodeterminación*”.(Samaja, 2004:10). Creemos que esta concepción de salud prioriza al sujeto, comprendiendo que somos seres complejos, que nos vemos atravesados por múltiples situaciones y que cuando nos determinamos en ciertas construcciones impuestas queda obturada nuestra capacidad de autodeterminación. Desde este enfoque, pensamos que sólo el sujeto puede establecer y/o elegir qué posicionamiento²³ considera saludable o no para su vida cotidiana e identificar, los constructos sociales, permite un lugar crítico de libertad y elección.

Prosiguiendo con el aporte teórico del autor, él nos planteará que la salud pertenece al campo de las **relaciones sociales**; “*de las valoraciones subjetivas que los actores hacen sobre los hechos, y las situaciones de poder que ellos encarnan. La salud es un Valor y no un ser: expresa preferencias que se constituyen en las situaciones sociales, pero no designa cosas*”... Aclarando así, que no hay una ciencia natural de la salud, ni una ciencia social, sino que hay “*construcciones discursivas y rotulaciones, y el único saber crítico posible es el saber qué hace posible la **deconstrucción**²⁴ de esos discursos y rótulos*” (Samaja, 2004:34 - subrayado propio)

Comprendemos desde este enfoque, que al hablar sobre salud, no sólo tendremos en cuenta factores biológicos, sino que también estaremos abordando construcciones discursivas con una determinada carga de sentido (según su representación social) y los valores que se asocian a ellas. Así podemos decir que sólo el sujeto puede elegir qué lugar ocupar ante discursos negativos y rotulaciones estigmatizantes y que, establecer lugares críticos, resulta crucial para no verse determinado en los mismos. La deconstrucción/construcción discursiva nos permite, ir más allá del significado establecido en lo “normativo” (sentido unívoco) para romper con el “estado de cosas” y

²³ “Al hablar de **posicionamiento** de un sujeto nos referimos al lugar que éste elige para ocupar ante los problemas que se le presenten en su complejidad real: el contexto social en el que se encuentra inmerso, su realidad económica, su situación laboral, la organización del tiempo libre, su vida afectiva y emocional, que forman parte esencial de las condiciones de salud de una persona.” (Permingeat, 2011:54)

²⁴ Derrida, Jacques (1989) – “La deconstrucción en las fronteras de la filosofía”

fundar nuevas conexiones que permitan al sujeto el movimiento y la re-significación de su situación.

*““Normal” y “patológico”, en efecto, se aplican al vasto campo de seres vivientes pero también, y sobre todo al vasto mundo de los seres **culturales o morales**. Se puede admitir que “la normatividad esencial de la conciencia humana”, tiene su germen en sus raíces biológicas, pero la realidad humana constituye su propia esfera **del ser y deber ser**”²⁵, que expande infinitamente a las raíces vitales” (Samaja, 2004: 38)*

Es importante aquí resaltar que lo normativo tiene que ver con construcciones sociales impuestas que demarcan lo que “está bien”. Estas construcciones establecidas a nivel moral, en ciertos casos, coartan la posibilidad de encontrar puntos de reflexión y sentidos que rompan con el estigma y la escisión social. La reflexión y el movimiento discursivo nos permite transitar por espacios de libertad donde acontezca nuestro ser singular, exaltando nuestra potencia²⁶ como sujetos y dando apertura a las multiplicidades.

“La libertad no existe como un hecho de la naturaleza en algún estrato particular de la realidad, sino que existe en los bordes, entre dos estratos del ser. Se manifiesta como la apercepción subjetiva que todo integrante de una totalidad dada debe tener para que sea posible su acción comunicacional con los restantes componentes sociales de esa totalidad.” La libertad, es entendida así, “como modo de autodeterminación...” (Samaja, 2004: 67- 68)

En esta libertad el sujeto elige de qué forma se posiciona ante hechos que

²⁵**Deber ser:** *presupone que hay al menos dos estratos de ser: el estrato de las partes que deben cumplir la norma y para las cuales una norma es una prescripción y el estrato de una comunidad o totalidad que existe gracias a que esa norma sea cumplida. (Samaja, 2004:145)*

²⁶**Potencia:** *“El punto de vista de una ética es: ¿de qué eres capaz, qué puedes?, De allí, retornó a esta especie de grito de Spinoza: ¡¿qué puede un cuerpo?! Jamás se sabe de antemano lo que puede un cuerpo, jamás se sabe cómo se organizan y cómo están envueltos en alguien los modos de existencia.”...“El discurso ético no cesará de hablarnos no de las esencias -no cree en las esencias-, sino de la potencia, a saber: las acciones y pasiones de las cuales algo es capaz. No lo que la cosa es, sino lo que es capaz de soportar y capaz de hacer.” (Deleuze, 2008: 39,40)*
“Spinoza nos dice que a cada instante mi potencia es todo lo que puede ser, está siempre efectuada. Pero está efectuada por afectos de los cuales unos la disminuyen y otros la aumentan (...) No hay contradicción. Hay más bien un sorprendente movimiento de pensamiento...” (Deleuze, 2008:52)

conforman su realidad y su entramado relacional. Comprendemos entonces que, *“la patología no constituye una negación de la norma sino una confirmación de ella por vía negativa, en la medida en que la comunidad ejerza el castigo a la injuria (es decir, corrija la desviación).”* (Samaja, 2004:148) Y que, *“la salud es la capacidad (en sentido muy amplio) para percibir/interpretar eventos de enfermedad (irrupciones de los cursos esperados según los ideales de las diversas culturas) y la capacidad para movilizar los recursos biológicos, psicológicos, políticos y económicos necesarios para atender su recuperación y prevención.”* (Samaja, 2004: 224)

Entendemos que los prejuicios contra la vejez se adquieren durante la infancia, mediante representaciones familiares y culturales que adoptamos a lo largo de nuestras vidas. Así, crecemos integrando estas construcciones que forman parte de cómo vamos a transitar nuestra propia vejez. Se van naturalizando concepciones con una fuerte carga de sentido hacia esta población, debido a la carencia de reflexión en las transmisiones generacionales. De la forma en que vivimos es que comprendemos el mundo, atravesados por nuestras vivencias singulares que son entendidas desde las experiencias que hemos transitado a lo largo de la vida y demarcadas por múltiples factores que atañen a nuestros contextos y nuestras relaciones. El ser humano establece, de esta manera, regularidades que conforman el mundo al que está acostumbrado permitiéndonos comprender que la conformación de tradiciones culturales se basa en lo que una historia ha acumulado como obvio, regular y estable, nublando la reflexión sobre nuestros actos y construcciones.

Diferentes estudios gerontológicos han proporcionado información que indica que a lo largo del proceso vital asociado con nuestras experiencias singulares, se pueden generar, en ciertos casos, enlaces fijos que al ser sostenidos a lo largo del tiempo pueden vincularse a instancias de enfermedad.

“...se irían produciendo a lo largo del curso de la vida - bajo ciertas condiciones psíquicas - “nudos” en la red, enlaces fijos que obligan a la mente a seguir derroteros preestablecidos, limitando la libertad de pensamiento. Se va determinando así la esclerosis, el endurecimiento, la pérdida de flexibilidad, la rigidez de la red neuronal que comienza a estrechar su trama, produciéndose soldaduras inamovibles que empobrecen la libertad de pensar.”... *“Estas rigideces, que generalmente se reflejan en el cuerpo, provienen en parte de*

nuestra crianza, pero también de nuestro contexto (interdicciones familiares o culturales). Ciertas identificaciones rígidas y valores incuestionables generan zonas duras que se cristalizan. Otras veces, a causa de experiencias negativas, hay un intento de mantener un equilibrio que nada desestabilice, aún al precio de dejar inmóviles parte de los propios recursos. Así, la simplificación, el reduccionismo y la disociación van mutilando la complejidad de la red.” (Zarabsky, 2010:10)

Se plantea desde esta perspectiva un movimiento que comienza a indagar sobre las construcciones estáticas e inamovibles que establecemos a lo largo del curso de nuestra vida y cómo estos “nudos en la red” generan en una edad avanzada ciertos procesos de cristalización que dificultan la flexibilidad en la trama relacional y social. Pensamos desde esta perspectiva, que las construcciones que establecemos a lo largo de la vida cuando nos proporcionan posiciones rígidas y con fuertes cargas negativas, se van tornando con el paso del tiempo en procesos de enfermedad. Debido a que las personas se ven limitadas dentro de dichas construcciones.

Flexibilizar posiciones y construcciones lineales, permite transitar el estadio de la vejez de una manera más saludable. Poder elegir qué posiciones sociales ocupar, sin que la determinen discursos prejuiciosos y estereotipos, permite al adulto mayor favorecer su libertad y autonomía. “...la flexibilidad ante los cambios, permitirá no aferrarse a una personalidad unívoca, aceptar las transformaciones propias y ajenas, construir proyectos y recrearlos, romper con rutinas rígidas, probar, innovar, realizar actividades nunca antes exploradas, cuestionar y autocuestionarse...” (Zarabsky, 2010:11) Este horizonte nos permite transitar una vejez más saludable, ya que, de la forma en que vivimos es como vamos vivenciar esta etapa de la vida.

En síntesis:

- Entender los procesos de salud-enfermedad nos brinda la posibilidad de vislumbrar las cargas de sentidos por la que se ven atravesados estos conceptos en el imaginario social. Comprendemos así, que estas construcciones no sólo se relacionan con factores biológicos, sino que atañen a los sujetos en toda su complejidad, contexto, relaciones y lugar social que

élocupa.

- El peso que generan los conceptos de salud-enfermedad en el imaginario colectivo agrava las construcciones prejuiciosas que asocian a la vejez en relación a la enfermedad, conformando un lugar de diferencia para los adultos mayores en el tejido social donde los mismos, en muchos casos, se ven reconocidos e identificados.
- Revalorizar el lugar de potencia, autonomía y autodeterminación de los adultos mayores ayuda a los mismos a encontrar instancias críticas ante estas rotulaciones. Permite des-confirmar la norma desde el reconocimiento de esta y ponerla en movimiento, de-construir/construir lugares en pos de habitar los que ellos determinen como saludables.
- La manera en que comprendamos la vejez va a conformar múltiples posiciones a la hora de transitarla y una posible vejez saludable tendrá que ver con poder recorrer nuestra vida de una manera más flexible, permitiéndonos ser creativos, criticarnos, criticar discursos sociales, establecer nuevas conexiones y fundar nuevos vínculos.

2.4 Sobre el quehacer musicoterapéutico:

La musicoterapia es una práctica que vincula el Arte con la Salud. Trabajar en el territorio del arte nos ofrece un campo de acción donde la multiplicidad da apertura a lo posible, en todo tiempo y espacio, desde la vivencia singular.

La vinculación del arte con la salud se da mediante un proceso, esto nos permite, correr de “resultados” / “productos”. Desde la musicoterapia se acompaña el proceso vivencial singular del sujeto. El musicoterapeuta no prioriza “resultados”, sino que revaloriza el “cómo” se van generando con el tiempo diferentes movimientos los cuales nos permiten notar diferencias en formas de operar²⁷, modos, posiciones, posibles reconocimientos e interrelaciones. Desde nuestro saber específico es que acompañamos estos procesos e intervenimos²⁸ estratégicamente²⁹ en los mismos en base a lo que el fenómeno dicta, desde propuestas abiertas y flexibles. Debido a esto es posible pensar, en que más allá de lo que una práctica terapéutica puede aportar, es el adulto mayor quien elige hacer o no esos movimientos, desde lo que él mismo considere en base a sus necesidades.

Las consignas que se proponen desde el quehacer musicoterapéutico, tienen que ver con propuestas flexibles y abiertas, donde se construye con los adultos mayores el espacio. No apuntamos a una “actividad”³⁰ de tipo escolar en donde se esperen ciertos resultados y tampoco se interviene desde el “estímulo-respuesta”. Se apuesta a la creatividad del adulto mayor, en trabajos desde lo sensible, desde la escucha, desde el reconocimiento que este hace de sí, de sus formas y de su devenir singular. Esto le permite la libertad de decidir, desde su libre autonomía, con qué posiciones se siente

²⁷Operaciones de producción: Utilizamos el término para enunciar el accionar del improvisador y el cómo lo hace. El musicoterapeuta hace lectura de las operaciones de producción individuales de cada participante, las cuales se dan mediante la relación del participante con los instrumentos generando materia.

²⁸La **intervención** es entonces...la “irrupción” en una situación determinada. El “contenido” de la intervención nunca es el mismo, porque su “forma” no es preconcebida, sino dinámica, cambiante y se forja progresivamente mientras dura el tiempo de su ejecución.” (Del Río, 1999:36)

²⁹“La estrategia permite, a partir de una decisión inicial, imaginar un cierto número de escenarios para la acción, escenarios que podrán ser modificados según las informaciones que nos lleguen en el curso de la acción y según los elementos aleatorios que sobrevendrán y perturbarán la acción.”(Morin,1995:72)

³⁰“La actividad se vincula fundacionalmente con las disciplinas de normalización, y en la actualidad aún opera como tecnología de poder positivo, es decir poder que aumenta y extrae lo útil.”(Barreto, 2010:24)

más cómodo, qué vínculos quiere construir o de-construir y qué formas adopta en su cotidiano. La experiencia vivencial al pasar por el cuerpo, puede ser abducida a diferentes dimensiones o problemáticas de la vida cotidiana.

“...poder visibilizar cómo los aspectos irreductibles de nuestra práctica pueden ser elementos significativos para los propios pacientes añosos permitiéndoles posicionarse, frente a los condicionamientos y requerimientos de los poderes disciplinantes, en forma estratégicamente beneficiosa para su devenir vital.” (Barreto, 2010:27)

La Lic. Barreto nos propone pensar, desde nuestra práctica específica, en intersticios que rompan con estos discursos disciplinantes, no devaluándolos, sino que propone que el adulto mayor elija si quiere tomarlos o no, un corrimiento que nos invita a pensar en desentramar las determinaciones fijas de algunas ciencias por la auto-determinación que establecemos, en este escrito, como estadio de salud.

Apuntamos así a la construcción de un espacio de intercambio conjunto, donde el sujeto encuentre un sitio de expresión, libre de cargas sociales, juicios de valores y significantes rígidos. El musicoterapeuta brinda un lugar donde el sujeto pueda poner en cuestión estas construcciones establecidas, criticarlas y generar quizás rupturas y movimientos que le concedan su plena elección, en pos de su autonomía.

Esto cede lugar al sujeto, a vislumbrar condiciones de posibilidad que le permitan hallar nuevas “formas”³¹. Formas flexibles, donde tenga acceso a reconocerse e identificar “modos” en su quehacer cotidiano y en su tejido relacional y social.

Este reconocimiento permite encontrarse con cuestiones que para el sujeto sean vivenciadas como positivas y/o negativas (limitaciones/padecimiento). Ayudándolo a

³¹ *“Pensar la forma como surgida de un proceso y no como entidad dada en abstracto y en absoluto, implica entonces, concebir la forma misma como génesis, como “forma formadora” y no como “forma formada”... “El “germen” formador no debe ser entendido, entonces, como ya formado y como parte de un proceso necesario y previsible en función del tiempo, de las características de la materia y de su cantidad, sino como un **hacerse-siendo** en el cual cada instante está cargado de novedad y constituye un evento al mismo tiempo vinculado con el anterior y discontinuo respecto de éste.” Moiso,- La naturaleza de los símbolos - (Págs. 306-307)*

poner en reflexión mediante un proceso, qué formas quiere adoptar y cuáles abandonar en pos de identificar cuáles son para él más saludables. Permite la reflexión sobre formas rígidas/ dificultades/ potencialidades/ diferencias y expresarlas con otro/s, identificando su experiencia singular; resonando y/o contraponiéndose con distintos relatos y generando otros caminos donde poner en movimiento las mismas. Asimismo, se favorece la rehabilitación y/o recuperación de habilidades, motrices, cognitivas y relacionales.

Una técnica de trabajo, posible de ser utilizada por el musicoterapeuta, es la improvisación libre. Esta nos permite correr nos de construcciones y formas fijas. Permite la exploración de sonidos, libre de estándares determinados socialmente. Admite en su configuración, hacer lectura de discursos emergentes, no establecidos a priori. Ofrece como posibilidad la composición y creación de nuevos sonidos, formas y movimientos.

“La Improvisación Libre, como técnica en la Musicoterapia, de-construye / construye toda ley del lenguaje musical. En tanto Fenómeno Estético, dicta sus propias leyes, en su interior se configuran redes discursivas que soportan el eterno circular de la materia” (Bennardis, 2002:13).

Debido a esto es que, desde musicoterapia realizamos análisis de los movimientos en complejidad³² que acontecen en este territorio. Haciendo lectura las operaciones de producción que realiza el sujeto, los discursos sonoros, las diferencias que emergen, los movimientos que se gestan y las distintas texturas³³ que se tejen y/o destejen. Este análisis, nos permite investigar y construir hipótesis que analizan posiciones, como modos que adopta y abandona el sujeto dentro de la improvisación.

Desde este territorio emergen posibilidades que dan apertura a nuevos modos de

³² Complejidad: instancia que permite hacer lectura de diferentes dimensiones y niveles que se encuentran en todo fenómeno.

³³ Textura: resultante de la interrelación entre los discursos de cada improvisante, es decir, de qué manera se relaciona cada uno de los discursos, para con otro/s. Las interrelaciones se pueden dar de diferentes maneras, y entre dos o más discursos, por lo que podemos vislumbrar una complejidad que se puede leer desde diferentes perspectivas según lo que el fenómeno muestre. Para describir las interrelaciones discursivas, utilizamos tres tipos de texturas diferentes: **complementariedad, Subordinación e Independencia**. En cada improvisación la textura se va a tejer de una manera particular.

escuchar, componer y configurar discursos sonoros.

“...Trabajar con materiales que propone el arte, permite pensar en procesos terapéuticos a través de este. El arte habilita a experimentar cuestiones personales y grupales a través del cuerpo en movimiento, de la creación de cada uno y del grupo. El arte se deja “Usar” por alguien.”... “Es la producción de ese individuo, que desprende un discurso, la que permite la habilitación a nuevas formas de operar, de crear, de ser, de estar y de moverse en el mundo, en su vida cotidiana: No es el arte por sí mismo sino la forma que se desprende de la producción de ese individuo con los materiales cercanos al arte...” (Trossero, 2005 - op. cit. Permingeat 2011: 53)

Pensar en el arte desde procesos terapéuticos, como nos propone la Lic. Trossero, en la cita anterior, nos permite pensar en los procesos de salud, dónde se hace posible la de-construcción/construcción de formas que permiten movimientos siempre en circulación. El quehacer musicoterapéutico posibilita herramientas que permiten a los sujetos transitar procesos de la vida diaria desde otros lugares posibles y descubrir otras lógicas que devengan multiplicidades de sentidos.

Cuando nos referimos a sujeto, hablamos de un sujeto en devenir, que privilegia el acontecimiento del mismo, en continuo movimiento. La Lic. Gianoni, en su tesis de grado, plantea que

“...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, 2002:7)

...”Sospechar sobre el Sujeto conlleva a una no-sujeción a estructuras preeminentes que condicionen la existencia a una constitución originaria. Sospechar sobre el Sujeto es re-conocer implícitamente su existencia y al mismo tiempo permitir que la misma se manifieste en el devenir de lo posible...” (Gianoni, 2002:23)

La sospecha por el sujeto nos permite pensar en el sujeto como no acabado, como no determinado por una estructura, nos permite pensar en que el sujeto se posiciona. Lo que admite el movimiento en tanto lugares que puede ocupar y desocupar,

“modos de ser” que no determinan lo que el sujeto “es”, por lo tanto no condicionan su potencia singular.

La Lic. Bennardis, M. Jose; expresa uno de los aportes que brinda el espacio de musicoterapia, el cual permite pensar en procesos que devengan salud.

“...Me parece que uno de los aportes más grandes que puede hacer la Musicoterapia... es darle a las personas un espacio que los habilite a ser siendo como son, esto querría decir darle la posibilidad a un sujeto que constituya su devenir natural, darle un espacio donde pueda trabajar esta cuestión de su constitución en su devenir natural.” (Entrevista realizada a la Lic. María José Bennardis, 2006 - op. cit. Trossero, 2009:15)

El espacio de musicoterapia le brinda al adulto mayor, la posibilidad de autodeterminación, en donde el mismo elige qué posiciones quiere ocupar, desde su autonomía y libertad. Se da apertura a la de-construcción/construcción de sentidos, que ayuden al adulto mayor a hacer un corrimiento de estos lugares otorgados socialmente, criticar los prejuicios y elegir qué lugar quiere ocupar, configuración que traza desde su vivencia personal y singular.

El arte nos brinda la posibilidad de vivenciar-se, nos permite el devenir sensible³⁴, devenir ilimitado, en continuo movimiento, donde el sujeto puede dejarse ser como es, encontrar otros modos de existencia, libre de ataduras, de atributos y de significantes rígidos. Nos invita a crear, transitar, percibir, componer, escucharse y ser escuchado, en ese hacerse-siendo, de movimientos, de sonidos, de acontecimientos³⁵, de novedades, de multiplicidades. (Deleuze, 1989)

“Los hombres incesantemente se fabrican un paraguas que les resguarda, en cuya parte inferior trazan un firmamento y escriben sus convenciones, sus opiniones;

³⁴ “El devenir sensible es el acto a través del cual algo o alguien incesantemente se vuelve otro (sin dejar de ser lo que es)” (Deleuze-Guattari, 1993:179)

³⁵ “En todo acontecimiento, sin duda, hay el momento presente de la efectuación, aquel en el que el acontecimiento se encarna en un estado de cosas, un individuo, una persona, aquel que se designa diciendo: venga, ha llegado el momento; y el futuro y el pasado del acontecimiento no se juzgan sino en función de este presente definitivo, desde el punto de vista de aquel que lo encarna.” (Deleuze, 1989:159).

pero el poeta, el artista practica un corte en el paraguas, rasga el propio firmamento, para dar entrada a un poco del caos libre y ventoso y para enmarcar en una luz repentina una visión que surge a través de la rasgadura” (Deleuze-Guattari, 1993:2004)

De esta forma, el arte deviene como posibilidad infinita, nos permite hacer una rasgadura que nos abre la visión, a otras formas y colores, a nuevos sonidos e infinitas creaciones. Nos permite el movimiento espiralado, donde la de-construcción construcción se hace posible como instancia que revaloriza la salud.

2.5 Diseño Metodológico

En la presente investigación se utilizó un diseño metodológico flexible, el cual nos permitió ampliar y desmenuzar el material, contextualizar, construir descripciones integrativas y hacer reformulaciones críticas sobre el tema abordado.

De esta manera, nos referenciamos en Elena Achilli (2005), quien desarrolla **lógicas de investigación complejas/dialécticas**³⁶ que “*parten de concebir el mundo social como complejo, contradictorio y en permanente movimiento.*” (Achilli 2005: 39) Esta complejidad supone relacionar diferentes dimensiones y niveles que favorezcan el avance del conocimiento comprendiendo diversos escenarios.

Desde esta perspectiva, daremos coherencia y organización al contenido de la investigación, dando cuenta de las estrategias utilizadas de recolección/construcción y análisis de la información.

El referente empírico seleccionado para realizar nuestro trabajo de campo³⁷ es un geriátrico de gestión privada, en el cual realizamos prácticas específicas, como estudiantes de la Lic. en Musicoterapia. Desde este trabajo, es que pudimos analizar el proceso del grupo de adultos mayores que conformaron el espacio de prácticas de Musicoterapia.

Asimismo, cabe destacar, que utilizamos las siguientes estrategias metodológicas:

- Observaciones participantes de diferentes situaciones externas al espacio de prácticas: invitación al festejo del día de la primavera, situaciones cotidianas y almuerzos.
- Entrevistas en profundidad con la directora de la institución, mediante mi proceso de prácticas en el año 2013 y en mi acercamiento nuevamente a la institución en el año 2016; lo cual brindó información actual sobre la institución, acceder al conocimiento de su organización, historia del lugar,

³⁶ E. Achilli (2005) expone diferentes lógicas de investigación estableciendo un nexo entre las resoluciones metodológicas y el proceso de investigación. Distinguiendo así, dos vertientes; por un lado las “lógicas de investigación **ortodoxas/disyuntivas**” y por otro “lógicas **complejas/dialécticas**”.

³⁷ Trabajo de campo: remite a la relación la relación con lo teórico/conceptual, la relación entre los sujetos de la investigación, y la relación con las estrategias de investigación. Achilli (2005, Pág. 64)

modalidades de trabajo y profesionales que la conforman. El acercamiento en el año 2016 nos permitió a acceder a entrevistas actuales con los adultos mayores. Utilizamos la entrevista “semi estructurada” de R. Guber (1991) que se desarrollan en base a una temática.

- Charlas informales con los residentes y otros profesionales que conforman la institución, como también con profesores de la asignatura cursada y mi compañero de prácticas.

Capítulo III

Marco institucional

3.1 Contextualización: geriátrico “El Hogar”

El geriátrico “El Hogar”, se encuentra ubicado en los límites de Rosario, sobre la parte oeste de la ciudad, Provincia de Santa Fe. El nombre del establecimiento referencia a las características que los profesionales del lugar quieren exaltar. Un hogar donde el adulto mayor pueda sentirse como en su casa, manteniendo sus costumbres, autonomía y derechos. “El Hogar”, es una institución de carácter privado, y sus objetivos principales son:

- *Favorecer la autonomía del adulto mayor*
- *Mejorar la situación de los residentes*
- *Mantener la dignidad de la persona y mejorar su calidad de vida*
- *Escuchar al adulto mayor: necesidades, gustos y deseos.*

La institución propone una modalidad a “*puertas abiertas*”, lo que permite a algunos residentes tener las llaves del establecimiento. Estas son otorgadas, según las condiciones en que se encuentre el adulto mayor y con la autorización de sus familiares. Otra característica, es que no se establecen horarios fijos de visitas lo que permite al familiar ir en el horario que desee y favorecer el encuentro con los mismos, debido que para el adulto mayor es muy importante seguir manteniendo sus vínculos familiares.

“Yo en mi casa no pongo horarios, si yo quiero que esto se transforme en su casa y tengan el sentido de pertenencia esto tiene que ser abierto. Todos los días, en todos los horarios el familiar puede venir. Yo tengo un paciente que el hijo lo viene a visitar todos los días a las cinco de la mañana porque es el único horario que puede y si esto no funcionaría así, ese caso y muchos más no serían posibles”... “La transparencia y el mostrar cómo se mueve la institución en el día a día nos permite decir que no tenemos nada que ocultar” (Massari, ex directora, dueña y terapeuta ocupacional actualmente en la institución - Entrevista 20/09/2016)

La modalidad de trabajo de la institución se denomina RAM, lo que significa, que es sin asistencia psiquiátrica. Debido a esto, los adultos mayores que ingresan al geriátrico son los que no presentan cuadros psicopatológicos. La Lic. Massari, A. (Terapeuta ocupacional), resalta: “*No aceptamos pacientes que se escapen o pacientes agresivos, ya*

que complican la vida institucional; si con Alzheimer, Parkinson y enfermedades degenerativas neurológicas.” (Massari, - Entrevista 20/09/2016)

El geriátrico cuenta con una médica gerontóloga (directora actualmente), profesora de gimnasia, terapeuta ocupacional, nutricionista y trabajadora social. Se trabaja interdisciplinariamente en equipos con todos los pacientes que están en el establecimiento. Hay por turno un enfermero profesional con cuatro asistentes y cuatro mucamas.

Los adultos mayores que residen en El Hogar, presentan situaciones disímiles. Algunos llegan a este geriátrico buscando un lugar en el cual poder compartir con otras personas. Los mismos, deciden por voluntad propia que éste sea su nuevo hogar, manteniendo una vida totalmente independiente, conservando su comodidad y costumbres. Otros adultos mayores, presentan cuadros con diferentes complejidades, en algunos casos enfermedades degenerativas leves, fisuras corporales, entre otros y en otros casos problemáticas más agudas que implican mayor asistencia.

En la actualidad la institución cuenta con setenta residentes, que en su totalidad, son derivados del “Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), el cual cubre completamente su internación. En este marco, los residentes, solo tienen que cubrir descartables (si les es necesario) y productos de higiene personal.

En la institución nos encontramos con escenarios paradójicos, donde si bien, se propician las posibilidades para que el adulto mayor pueda seguir estando en contacto con sus familiares, en muchos casos se sufre la ausencia de ellos. Emergen así un 40% de situaciones de abandono familiar que son registradas por la trabajadora social del lugar. En este marco nos encontramos con un escenario complejo donde el adulto mayor sufre abusos por parte de su familia encontrándose vulnerados, en muchos casos, sus derechos.

“Ellos cobran su jubilación y con eso se pagan sus pertenencias, pero lamentablemente en muchos casos no lo usa el paciente a ese dinero, sino que lo usa la familia. La familia sigue cobrando la jubilación del adulto mayor y muchas veces hace uso de sus hogares, pero se abandona a la persona. Nosotros tenemos que insistir en muchos casos y llamar a los familiares para que traigan los descartables, ropa y productos de

higiene personal. Ese es un trabajo que estamos haciendo con la trabajadora social, pero cuesta mover esas cuestiones.” (Massari, Entrevista 20/09/2016)

Con respecto al marco edilicio, la institución cuenta con áreas comunes en la planta baja del establecimiento: como ser el comedor, la cocina, el jardín y una sala muy amplia que es utilizada para múltiples actividades. Y con tres sectores de dormitorios, uno en planta alta y dos en planta baja. Los dormitorios, en su totalidad, son decorados en base a los deseos del adulto mayor que en muchos casos trae sus propios muebles y objetos a la institución. Asimismo, en cada habitación, hay televisores individuales y se otorga la elección al adulto mayor de discernir con quien compartir el cuarto, según su comodidad y afinidad. También se posibilita la tenencia de sus mascotas (perros, canarios, gatos, etc.). Los adultos mayores eligen tareas a realizar en la institución, arreglar el jardín, ayudar a cortar el pan al mediodía, abrir la puerta, atender los teléfonos, entre otros. No se dan divisiones por géneros y las parejas comparten sus cuartos manteniendo la intimidad conyugal.

El geriátrico cuenta con tres sectores en lo que respecta a dormitorios y el criterio de división se establece según el grado de independencia del adulto mayor. En el piso de arriba, se encuentran los residentes que, en su mayoría, no necesitan asistencia. En su totalidad los adultos mayores que están en la planta alta, tienen las llaves del establecimiento e ingresan o egresan de la institución en el horario y las veces que deseen, sin necesidad de pedir autorización o permiso. Éstos tienen en sus cuartos, a diferencia de los otros sectores, sus propias heladeras con los productos que deseen consumir. En planta baja, en el sector sur del edificio, se encuentran los adultos mayores que tienen un grado leve de dependencia. Y en la parte oeste se encuentra un sector donde están los adultos mayores con casos más agudos que requieren de mayor asistencia.

3.2 Sobre los inicios del taller de musicoterapia

La experiencia se lleva a cabo en un marco de prácticas de la asignatura “*Musicoterapia en adultos mayores*”, en las que pude acceder al trabajo con los adultos mayores del geriátrico “El Hogar”.

Las prácticas fueron inauguradas en agosto del 2013 y se extendieron a lo largo de un período de cinco meses. Los encuentros fueron formalizados una vez por semana, los días jueves por la mañana con una duración de una hora y media aproximadamente. Se realizaron con otro estudiante de la carrera, con el que conocimos la institución, a los residentes e inauguramos el espacio de musicoterapia.

En el primer encuentro, en el 2013, Analía Massari se encontraba en la dirección del geriátrico, en el 2016 cambia su puesto debido a cuestiones personales, pero sigue como terapeuta ocupacional del “Hogar”. La misma, nos contó la modalidad de trabajo y nos presentó a algunos adultos mayores y profesionales del establecimiento. Luego recorrimos la institución contándoles a los adultos mayores sobre el espacio de musicoterapia, enmarcándolo desde un comienzo como practicantes, lo que brindó conocimiento a los residentes sobre la duración del taller. Les informamos de qué se trataría el mismo y en qué día y horario se realizaría. Así brindamos una propuesta abierta a los adultos mayores que quisieran participar, dejando en claro que podían asistir libremente o salir del mismo si no se encontraban a gusto.

No existía anteriormente en la institución un espacio de prácticas de musicoterapia. Había talleres de coro llevados a cabo por un profesor de música o por grupos religiosos. En este contexto, nos encontramos ante el desafío de inaugurar un espacio que proponía una lógica diferente a la que los adultos mayores estaban acostumbrados, debido a que desde la musicoterapia no se apunta a la enseñanza formal musical.

La propuesta del “*Taller*”³⁸ de *Musicoterapia*”, que abordamos con mi compañero de prácticas, propiciaba un espacio abierto, de creación conjunta con los adultos

³⁸“Se piensa el taller como el medio de abordaje por excelencia, ya que es el escenario ideal que nos posibilita la delimitación de un territorio donde la improvisación facilite el desarrollo de la creatividad y la expresión.” (Permingeat, 2011:17)

mayores. La modalidad de trabajo determina un territorio flexible, desde propuestas que permitan trabajar con los emergentes que acontecían el taller, donde los residentes pudieran elegir y construir el espacio con nosotros según sus intereses y necesidades. El encuadre del taller resalta el corrimiento de los juicios de valor hacia las producciones de los adultos mayores, ya que se brinda un espacio de exploración artística, desde los instrumentos musicales, la voz y el movimiento, entre otros recursos. Esto posibilita un trabajo vivencial y experiencial que favorece la búsqueda de diferentes herramientas que viabilicen diversas formas de comunicación, expresión y creación.

El lugar en que se realizó el taller fue designado por la institución: una sala muy amplia que se utiliza para múltiples actividades. La misma cuenta con un sector de mesas, un sector en donde se encuentra un televisor y una computadora, y otro donde hay algunos sillones y sillas plásticas. La sala es muy grande y luminosa y a pesar de los objetos que había en la misma, pudimos trabajar muy cómodamente en un espacio abierto y amplio. Los adultos mayores que querían asistir venían libremente, o pedían ser traídos por los enfermeros, en los casos donde su movilidad se encontraba reducida.

La convocatoria del taller fue muy amplia variando entre 15 a 20 residentes que asistían al espacio recordando el horario y día de encuentro. En el proceso del mismo se notó mayor concurrencia de 12 adultos mayores que participaron todos o la gran mayoría de los encuentros, lo que favoreció un seguimiento cercano de su proceso grupal e individual.

En sus inicios el taller mostró diferentes dificultades, relacionadas a prejuicios, estereotipos y construcciones de sentido que los adultos mayores traían al espacio. Se presentaban por un lado las construcciones instaladas en otros talleres como también construcciones establecidas socialmente. Algunos de los emergentes discursivos fueron:

“Ustedes vienen a tocarnos instrumentos y a cantarnos canciones”

“Yo no sé tocar instrumentos”

“Los instrumentos los tienen que tocar los músicos porque son los que saben.”

“Nosotros ya no podemos aprender, eso déjaselo a la gente joven”

“Ustedes que son jóvenes cántennos algo lindo, así nos entrenemos”

“Si no sabés, no toqués. ¡Eso suena horrible!”

En este marco se puede ver cómo emergen fuertes estereotipos sociales en los discursos del adulto mayor, que establecen que sólo puede tocar instrumentos el músico, ya que está habilitado técnicamente³⁹ para hacerlo. Como asimismo la construcción a priori de que el espacio de musicoterapia sería un espacio de “entretenimiento” y/o de educación musical, en el cual nosotros iríamos a “cantarles” canciones, cantar junto a ellos, o bien enseñarles cómo ejecutar algunos instrumentos. Emergen fuertes prejuicios asimilados a que la gente joven es la que puede innovar, o realizar oficios novedosos marcando una gran limitación en esta construcción prejuiciosa que establecía que ellos “no pueden” debido al condicionante de su edad, como también prejuicios hacia la producción de sus compañeros.

Correspondiente a esto se insistió en diferentes oportunidades en el encuadre del taller, demarcando que no era necesario ser músico para participar del mismo, ya que la modalidad de trabajo que se proponía comprendía la utilización de los instrumentos musicales, la voz y el cuerpo desde múltiples formas y posibilidades. Insistimos en que no se iba a evaluar en ningún momento cómo tocaban los instrumentos y que podían hacerlo aunque no supiesen o nunca lo hubieran hecho. La propuesta del espacio favorecía, desde la vivencia, encontrar nuevas formas de comunicación, expresión y escucha y a la construcción de un espacio donde todos pudiésemos compartir, experiencias personales y grupales.

Propusimos diferentes formas de trabajar pensadas en el devenir de la práctica, en relación a los movimientos que se gestaban encuentro a encuentro. Así escuchábamos los intereses de los adultos mayores y tomábamos lo que traían al espacio para construir el mismo. El pedido de “cantar canciones” fue tomado en el taller y resignificado a lo largo del proceso de prácticas. Se trabajó con las canciones, en una primera instancia, pero se fue proponiendo desligarse de la misma, en algunos casos de la letra, sosteniendo la melodía, tarareando la misma; en otros cantábamos la canción y al finalizarla seguíamos improvisando con los instrumentos o la voz. De esta forma, los adultos mayores nos comentaban sus gustos musicales y las canciones que compartían

³⁹ Modos formales de manipulación y utilización instrumental y vocal, respaldados por saberes teóricos-prácticos de la disciplina musical.

en otros espacios y también se generaban espacios novedosos que proponían la creación desde otras lógicas. Se traían poemas al taller que eran leídos y compartidos en los encuentros y luego realizábamos una interpretación sonora de los mismos. Exploramos de manera individual los timbres y posibilidades sonoras de cada instrumento, como así también realizamos varios trabajos de exploración vocal. Se trabajó con la escucha de las improvisaciones sonoras y con la comunicación a través del sonido y del cuerpo como nueva forma de diálogo.

Capítulo IV

Acerca de la experiencia

4.1 Análisis y lectura sobre el proceso con los adultos mayores

Daremos cuenta de las observaciones realizadas en el devenir del proceso de prácticas, haciendo foco en el análisis y la lectura de la musicoterapeuta. Desde este lugar, organizaremos el escrito en relatos que posibilitan vislumbrar diferentes instancias en el recorrido grupal e individual que muestran variaciones y cambios que vivenciaron los adultos mayores del geriátrico.

La lectura y el análisis del proceso de prácticas posibilitaron organizar la experiencia en dos grandes **zonas**⁴⁰ que dejaron entrever momentos y variaciones que atraviesan, el grupo de residentes, en el territorio del taller.

La **primera zona** se da en los inicios del taller y se compone de **dos momentos**⁴¹ que comprenden diferentes propuestas de trabajo con los adultos mayores en base a situaciones que se identifican como relieve en el espacio. El primer momento viabiliza la posibilidad de destrabar ciertas construcciones de sentido (prejuicios/estereotipos) que emergen en el espacio de manera recurrente en los comienzos del taller. El segundo momento constó con poder generar nuevos territorios desde territorios conocidos. Es debido a esto que se invita a los adultos mayores a transitar diferentes propuestas pensadas estratégicamente⁴².

La etapa inicial del taller se caracteriza por *momentos de exploración sonora* a través de los instrumentos, la voz y el propio cuerpo. Como asimismo la utilización estratégica de *la de-construcción/construcción de canciones*⁴³. Para dar lugar, de esta manera, a la composición sonora colectiva de las mismas tanto instrumental como vocalmente. La utilización de las canciones como condición de producción y los momentos de exploración sonora posibilitaron diferencias y rupturas donde surgen nuevas voces, sonidos y posiciones en el espacio.

⁴⁰ Zona: hace mención a una división “macro” del fenómeno, puede ser abducido a cualquier territorio que se quiera analizar. Los criterios para utilizar el concepto de zona son demarcados por la **diferencia** que se muestra entre una y otra.

⁴¹ Momentos: Dentro de las zonas puede encontrarse una división (microestructural), determinadas como momentos. Se caracterizan por un criterio de división que dé cuenta de una diferencia no tan determinante como en el caso de las zonas. El criterio de división es debido a micro variaciones que conservan similitudes pero son idénticas.

⁴² La estrategia se propone en función de los movimientos que se leen en la práctica. Esto nos permite abarcar una forma de trabajo que posibilita pensar en múltiples intervenciones según lo que el fenómeno muestra.

⁴³ Se propone mediante la de-construcción/construcción de canciones un espacio de creación sonora y experimentación que se corre de la estructura de la canción en pos de su transformación a cada instante.

En la etapa intermedia del proceso, se generan diferencias en tanto a las composiciones sonoras grupales y a las posiciones de los adultos mayores en el taller conformando así la **segunda zona**. Caracterizándose por instancias de *improvisaciones sonoras*, donde se generan creaciones propias desde el sonido y de *reconocimiento sonoro* al proponer la escucha de sus improvisaciones. Se muestran así diferencias en las composiciones colectivas y en las composiciones singulares. Esta zona se caracteriza por nuevas producciones sonoras de los adultos mayores y su construcción del espacio desde otros lugares posibles, desprendiéndose de los juicios de valor y estereotipos. Asimismo, se muestra el desligue de la subordinación⁴⁴ sonora y emergen instancias de complementariedad⁴⁵ que se van complejizando cada vez más en la etapa final del taller.

4.2 Sobre los relatos

⁴⁴ Subordinación: se caracteriza por el entrelazado de dos o más discursos diferentes que se entrelazan de manera tal que un discurso cambia en relación a la configuración de otro. Esta textura se puede leer en la configuración de un discurso, el cual toma lo que el discurso (al que se subordina) configura, y compone en base a eso. Se re-confirma esta subordinación cuando un discurso cambia, y el discurso subordinado lo sigue en ese movimiento, es decir, cambia con él, y vuelve a configurar desde el mismo posicionamiento, y con la misma interrelación que antes.

⁴⁵ Complementariedad: se caracteriza por el entrelazado de dos o más discursos diferentes que se concatenan de manera tal que el discurso resultante sea de otro nivel de complejidad respecto de la singularidad de cada uno de los que lo componen. Específicamente esta textura se da por un complemento en los discursos de cada uno de los improvisantes, los cuales muestran rasgos compartidos en su composición en tanto a lo sonoro. En el caso de una resultante sonora complementaria, las interrelaciones que se pueden establecer dentro de la complejidad de la misma, pueden ser otras, es decir no necesariamente complementarias; sin embargo como resultante sonora la textura se escucha en complementariedad.

Las prácticas de musicoterapia se llevaron a cabo durante el año 2013. La experiencia comenzó en agosto del 2013 y finalizó a principios de diciembre del mismo año.

En esta instancia describiremos tres relatos comprendidos a modo de organización de las dos zonas que fueron posibles de ser leídas en lo que mostró el *fenómeno*⁴⁶ en el proceso del taller. La referencia de distintas etapas (inicial-intermedia-final), servirá para dar ubicación temporal al lector, en los diferentes momentos que atravesó el grupo de residentes.

El relato A, corresponde a la primera zona y al primer momento de ésta y acontece en la etapa inicial del taller. El relato B comprende el segundo momento de la primera zona en la etapa inicial-intermedia del taller. Y el relato C, corresponde a la segunda zona en la etapa intermedia-final. En cada relato, se mostrarán tres dimensiones⁴⁷:

- ? **Introducción**: describiremos las situaciones que acontecen en la experiencia y desde qué lugar fueron pensadas las propuestas e intervenciones realizadas por los musicoterapeutas.
- ? **Desarrollo**: da cuenta de las producciones y el quehacer de los adultos mayores en el taller. Desarrollaremos las zonas antes mencionadas tomando como criterio diferentes niveles⁴⁸ de análisis.
 - **Operaciones de producción**: Utilizamos el término para enunciar el accionar del improvisador y el cómo lo hace. Las operaciones de producción se dan mediante la relación del participante con los instrumentos y/o el propio cuerpo desde distintas acciones (soplar, percutir, cantar, sonidos vocales, etc.). La organización espacio-temporal de las operaciones de producción configuran

⁴⁶ Fenómeno: “lo que se muestra en sí mismo”. Heidegger, Martin. El ser y el tiempo.(1927)

⁴⁷ Dimensión: Magnitudes del fenómeno desde las cuales encontramos posibles lugares de posicionamiento desde el cual plantear el análisis de una manera organizada. La división de dimensiones se da en forma de recorte de lo a analizar, lo cual permite dar cuenta de la complejidad del fenómeno.

⁴⁸ Niveles: Dan cuenta de la complejidad del fenómeno y permiten posibles posicionamientos desde los que se puede ver, decir, describir, de una manera más clara, la complejidad del mismo. Para hacer una lectura de lo que el fenómeno muestra, realizamos una de-construcción de la complejidad que este muestra y construimos, en simultáneo, la organización de diferentes niveles al hacer un análisis de aquello que acontece. Los mismos no tienen un orden jerárquico.

discurso. Estas corresponden a niveles diferentes, pero las comprenderemos juntas para facilitar la lectura del análisis.

- **Intervención:** describiremos las intervenciones de los musicoterapeutas, realizadas en base a la lectura de los emergentes que se muestran en el taller. La intervención permitió en muchos casos generar movimientos en el devenir de la práctica.
- **Resultante sonora:** resultante de las producciones sonoras grupales.
- **Reconocimiento:** se muestran reconocimientos expresados por los adultos mayores mediante la vivencia en el devenir del taller, que deja entrever nuevas **posiciones**⁴⁹.

? **Conclusiones:** En este nivel se enunciarán posibles construcciones de sentido desde el análisis de la musicoterapeuta.

⁴⁹ Posibles lugares que puede ocupar o transitar el sujeto dentro de la improvisación; en ciertos casos las mismas pueden ser abducidas a otros contextos cotidianos.

4.2.1 **Relato A**

(Etapa inicial)

Primera Zona, primer momento

Introducción:

En los primeros encuentros, llegábamos al geriátrico y nos encontrábamos en la sala destinada para los talleres con una gran cantidad de adultos mayores dispuestos a participar. Se generan así momentos de presentación y diálogo, donde volvemos a expresar la forma en que llevaríamos a cabo el taller, ya que había algunos residentes con los que no habíamos hablado y que asistieron por interés propio. En esta instancia emergen ciertos discursos de los adultos mayores que argumentan, que debido a su edad, se encontraban limitados a innovar y a emprender nuevos quehaceres. Se muestra aquí, la construcción de discursos y posiciones argumentados por “*no saber tocar*” o no estar habilitados para hacerlo “*por no ser músicos*”.

En este marco, que apareció en los primeros encuentros del proceso del taller, es que empezamos a pensar posibles formas de mostrarles a los adultos mayores, a través de la vivencia y el sonido, que no hacían falta recursos técnicos para construir un espacio sonoro, en donde todos pudiésemos participar. Se comenzando a poco, a poner en crisis ciertos enunciados prejuiciosos, que aparecían como emergentes limitantes en los adultos mayores.

Desarrollo: a continuación describiremos algunos recortes extraídos de distintos encuentros en la etapa inicial del taller.

Intervenciones como posibilidad:

- Utilización de la voz y ejecución de instrumentos de manera no convencional.

Operaciones de producción, en cuanto a la ejecución grupal de instrumentos se comienzan a sumar algunos adultos mayores marcando el pulso, o bien realizando distintos ritmos dentro del mismo campo pulsado.

Ejemplos:

Discurso A (mujer - presenta dificultades en el habla - utiliza la voz), comienza a hacer sonidos guturales en diferentes intensidades (media-baja) y acompaña estos sonidos con las pezuñas (sacude suavemente)

Discurso G (mujer – ejecuta la guitarra) Utiliza el rasgueo al aire, cuerdas pulsadas, percusión en la caja de resonancia de la guitarra, entre otros. En una intensidad baja.

Discurso B (hombre – ejecuta el bongó), percute los parches con la palma de las manos en alta intensidad y densidad cronométrica.

Resultante sonora: comienzan a emerger voces que en un comienzo no se escuchaban y otras comienzan a escucharse con mayor intensidad. Asimismo la intensidad varía en media-baja. Los discursos se conforman en independencia⁵⁰.

Reconocimiento:

“Aunque no seamos músicos pudimos tocar”

“Me gustan mucho los sonidos de la guitarra” (Discurso G)

“No sé si lo hago bien, pero yo me animé a cantar y me hace bien” (Discurso A)

Intervenciones como posibilidad:

- Creación de nuevas forma de comunicación a través de la materia sonora y del propio cuerpo, dejando de lado la palabra.

Operaciones de producción, se establece una forma de comunicación en “*complicidad*” con algunos participantes, donde exploran distintas formas de comunicación mediante los instrumentos, los gestos y el movimiento.

Ejemplos: **Discurso I** (mujer) Utiliza gestos y movimientos visuales para comunicarse con **Discurso E** (mujer) que emplea gestos vocales con sonidos para responder al **Discurso I**.

Discurso J (Hombre) varía la densidad e intensidad de sus operaciones percutiendo el parche del bongó, en función del **Discurso M** (Musicoterapeuta), quien a

⁵⁰La independencia se da cuando no se comparten rasgos compositivos con otros participantes.

su vez acompaña con la flauta estas variaciones rítmicas.

Discurso G (dos mujeres) ejecutan entre las dos la guitarra. Una pulsa (punteo con las yemas de los dedos) las cuerdas del mástil y la otra percute la caja de la guitarra (con pequeños golpes con los dedos). Alternando la densidad cronométrica y las intensidades de sonidos en “*complicidad*”.

Reconocimiento:

“¡Nos comunicamos con la mirada!, ella sonreía y yo abría y cerraba los ojos, mientras hacíamos sonidos con la voz!” (Discurso I)

“¡Yo pude comunicarme! Y escuchar como él tocaba la armónica!”

¡Nosotras inventamos una forma de tocar la guitarra entre las dos, nos comunicamos con el sonido! (Discurso G)

“¡Creamos una nueva forma de comunicarnos!” (Discurso J)

Resultante sonora: Se puede leer que la resultante grupal presentaba diferentes intensidades debido a la singularidad de cada comunicación. En cada comunicación se puede escuchar, por primera vez en el taller, una textura complementaria.

Conclusiones:

- Mediante el trabajo de exploración sonora de los instrumentos y la voz, se pueden ver pequeños movimientos que posibilitan la apertura a nuevos sentidos de pensar en el espacio y de re-pensar su lugar en el mismo.
- El devenir de la vivencia posibilita a los adultos mayores que decían “no poder” o “no saber”, transitar el espacio desde otros lugares posibles de ser habitados y reconocerse desde otras posiciones.
- La forma de comunicación a través del cuerpo y el sonido dio lugar, a aquellos que eran músicos, a generar una diferencia en sus producciones sonoras y posiciones. Ya que se fundan instancias de *escucha* hacia las producciones de sus compañeros. Esta propuesta también permitió, a algunos adultos mayores, desligarse del seguimiento de un determinado discurso para proponer sus propias producciones.

4.2.2 Relato B

(Etapa inicial/intermedia)

1era zona, segundo momento

Introducción:

En los primeros encuentros con los adultos mayores, emergió como relieve en el espacio la petición de que los Musicoterapeutas seamos los que ejecutemos los instrumentos e interpretemos canciones. Creemos, a modo de hipótesis, que estas construcciones tienen que ver con la huella del taller de coro que se realizaba anteriormente en el geriátrico.

Intentamos mostrar una forma de trabajo distinta a la que suponían los adultos mayores ya que no correspondía a la forma en la que pensábamos el espacio de prácticas. Propusimos “disparadores” de consignas abiertas, donde se apostaba a que los adultos mayores puedan construir el espacio. Planteamos de esta forma, que los mismos traigan las canciones que querían cantar al taller y entre todos haríamos una composición instrumental y vocal de las mismas.

Si bien se propuso un espacio de construcción colectiva, es mediante un proceso que se comienzan a gestar pequeños movimientos en pos de esto. En los primeros encuentros surgieron algunas canciones “Merceditas”, “Zamba para no morir”, “Luna tucumana”, “Zamba para olvidar”, “Balderrama”, etc. Estas canciones, en un principio (*etapa inicial*) eran ejecutadas y cantadas en gran medida por los Musicoterapeutas, ya que, muy pocos de los adultos mayores participaban en la interpretación de las mismas. Ellos proponían la canción y cuando dábamos apertura a cantarla todos juntos, la gran mayoría quedaban posicionados desde la escucha.

Un ejemplo que da cuenta de lo mencionado anteriormente, se dio con la canción “Merceditas” propuesta por un adulto mayor “**Discurso A**” (Hombre – Músico) al ejecutar la melodía con su armónica. Esta canción fue tomada como condición de producción por los Musicoterapeutas y otros pocos participantes, siendo finalmente cantada por “**Discurso C**” (dos mujeres y la Musicoterapeuta), y acompañada por “**Discurso A**” (hombre- músico) ejecuta la armónica y **Discurso G**

(hombre – Musicoterapeuta) ejecuta la guitarra. El resto de los Adultos mayores participaban desde la escucha, algunos desde la ejecución de algún pequeño instrumento de percusión (ej. Pezuñas), o desde las palmas.

En el devenir de los encuentros, se fueron abriendo nuevas posibilidades a partir de las distintas intervenciones de los musicoterapeutas (desde lo verbal o desde lo sonoro) que apuntaban a la transformación continua de dichas canciones, generando a partir de las mismas nuevas y distintas producciones grupales. De esta forma, algunos adultos mayores, comienzan a cantar o tocar instrumentos fundando nuevas posibilidades sonoras.

Cabe aclarar que no se busca desvalorizar la canción, ya que creemos que las mismas guardan una historia y valor emocional para los adultos mayores. Pero también se mostró en el taller, que en muchos casos, la estructura de la misma, limitaba a los adultos mayores a formar parte de estas desde lo sonoro. Es por eso que se propone la transformación de las canciones desde la composición colectiva.

El criterio de trabajar sobre las canciones, emerge del lugar que le daban a los adultos mayores que eran músicos (cuatro residentes) que asistían al taller y eran posicionados por los demás residentes como los que se encontraban “*habilitados*” para ejecutar instrumentos o interpretar canciones. Conforme a esto, el estereotipo de que “*solo pueden hacer música los que saben*”, posicionaba a los adultos mayores en un lugar de escucha hacia las composiciones sonoras de estos cuatro participantes y limitaba la construcción colectiva del espacio. Asimismo, más allá del encuadre del taller, también nos posicionaban a nosotros (Musicoterapeutas) en este lugar de saber, lo que marcó en una primera instancia que cuando nosotros intentamos llevar a cabo una canción entre todos, o dar apertura a una improvisación, sólo uno o dos adultos nos acompañarán, siendo los mismos músicos.

La recurrencia en la aparición de estas dos cuestiones genera como criterio de abordaje, el de generar distintas posibilidades y abarcar nuevas formas y sentidos, que permitan la construcción de un espacio colectivo, donde todos los adultos mayores puedan formar parte del mismo.

Desarrollo:

De-construcción/construcción de canciones:

Intervenciones de los Musicoterapeutas	Aperturas generada a partir de la intervención
<p>Comenzamos a desligarnos de la letra de la canción. Produciendo nuevas <u>operaciones de producción</u>, las que variaron en tararear la melodía, inventar otra letra, operar sólo con la progresión armónica o con la melodía de la canción.</p>	<p>Con esta intervención se genera la posibilidad, para quienes no recordaban la letra de la canción, de poder desligarse de la misma para pasar así a tararearla de distintas formas. <u>Operaciones de producción</u>, sonidos guturales, sostén de diversas vocales o monosílabos, alargue de determinadas notas variando intensidad y densidad. Estas variaciones discursivas permitieron que emerjan voces y sonidos nuevos y al mismo tiempo, generar una textura diferente en la <u>resultante sonora</u> grupal que se lee en una intensidad media.</p>
<p>Al finalizar alguna canción, proponemos como condición de posibilidad continuar ejecutando los instrumentos, solo con el ritmo de la misma.</p>	<p>Con esta intervención, se da lugar a la incorporación de nuevos sonidos y la variación en las <u>operaciones de producción</u>: percusiones corporales, glissando en la guitarra y armónica, frotado de parches, raspado en güiro, percusión en pezuñas y cajas chinas, entre otros. La <u>resultante sonora</u> se da en una intensidad media-alta y se puede reconocer mayor densidad sonora. En la textura se sigue reconociendo ciertas subordinaciones sonoras.</p>

<p>Tomando como condición de producción la letra de una canción “Zamba para no morir”, se propone sonorizar la misma libremente.</p>	<p>A partir de esta intervención, se abre la posibilidad de ir desligándose cada vez más de la “estructura” propia de las canciones, tomando algo de la misma como “disparador” para la creación sonora tanto individual como grupal.</p> <p><u>Operaciones de producción:</u> se dan variaciones en la forma de ejecutar los instrumentos en los adultos mayores músicos, comienzan a probar la ejecución de distintas formas (utilizar distintos recursos en los parches, usándolos como caja de resonancia vocal, frotado y percutido de distintas formas.) Variación en la flauta: soplado-percutido en distintas partes de la misma, genera diferentes sonidos. Exploración vocal, sonidos guturales, variación de alturas, utilización de onomatopeyas, entre otras. La <u>resultante sonora</u>, se escucha con mayor intensidad y muestra características complementarias.</p>
--	--

? **Conclusiones:**

- Se va agrietando en el proceso, el estereotipo de la posición del musicoterapeuta, como “*profesor de música*”. Lo que permite revalorizar sus lugares dentro del taller y construir el mismo desde propuestas colectivas.
- La de-construcción/construcción de canciones, favoreció a la integración grupal y la creación de nuevos escenarios donde sea posible elegir otras posiciones posibles de ser ocupadas.

4.2.3 **Relato C**

(Etapa intermedia/final)

Segunda zona

Introducción:

En la etapa inicial, las improvisaciones sonoras sólo duraban entre 5 - 10 minutos aproximadamente. En la etapa intermedia del proceso comienza a emerger con más fuerza la zona de “*improvisación sonora*”. Con el devenir de los encuentros, ésta fue adquiriendo mayor duración en relación al tiempo total de los encuentros: entre 30 a 35 min aproximadamente.

En esta zona los musicoterapeutas proponen “*intervenciones sonoras*” introduciendo variaciones en las operaciones de producción, en los ritmos, melodías y/o variaciones tímbricas. Se exponen diferentes formas de trabajar tomando como condición de producción los siguientes ítems, los cuales fueron pensados en el devenir de la práctica, en relación a los movimientos que se gestaban encuentro a encuentro.

- Improvisar a partir de la utilización de los instrumentos musicales, de la voz y del propio cuerpo, tomando como “temática” un poema escrito por una de las participantes.
- Se propone explorar distintas formas de ejecutar los instrumentos, buscando generar diversos sonidos, habilitando también a la variación o el intercambio de instrumentos.
- A partir de la escucha de una improvisación ya realizada, se plantea reconocer sus producciones sonoras generadas dentro de ésta, luego, se los invita a continuar la misma o crear una nueva improvisación tomando como condición de producción lo acontecido anteriormente.

Desarrollaremos a continuación tres recortes de improvisaciones realizadas en diferentes encuentros y momentos del taller. Las intervenciones sonoras son pensadas con el fin de generar movimientos dentro de la improvisación en base a emergentes que fueron leídos de la misma.

Desarrollo:

Intervenciones sonoras: Generamos variaciones en las operaciones de producción. Ejecución de la guitarra de manera no convencional: pulsando o percutiendo las cuerdas de diversas formas, percutiendo su caja de resonancia, realizando glissandos, etc. Variación de las formas de ejecución de distintos instrumentos de percusión como bongó, pandereta, pezuñas, güiros, entre otros; utilización de instrumentos no musicales para producir sonido; incorporación de diversas formas de percusión corporal.

Operaciones de producción: surgen variaciones en las operaciones de producción realizadas por los adultos mayores.

Discurso G (dos mujeres) con las guitarras exploran diferentes sonoridades y/o formas de ejecutar las mismas: sosteniendo la guitarra en la falda, pulsando las cuerdas al aire o realizan diferentes rasgueos. **Discurso M** (hombre) en la melódica varía alturas e intensidades. **Discurso I** (mujer) utiliza el güiro de diversas formas: lo percute o lo raspa con la baqueta tanto por dentro como por fuera. **Discurso P** varios adultos mayores incorporan la percusión corporal, palmas o pequeños golpes suaves en las piernas.

Resultante sonora, se caracteriza por una intensidad media, gran cantidad de sonidos en algunos momentos y en otros disminuye la densidad. Se muestra cierta subordinación al Discurso M (musicoterapeutas) y de un adulto mayor que es músico en la resultante grupal.

Intervenciones sonoras: Variaciones en la intensidad, duraciones, ritmos y/o alturas, tomando como condición de producción las configuraciones discursivas de algunos adultos mayores dentro de la improvisación.

Operaciones de producción: **Discurso A** (dos hombres y cuatro mujeres) utilizan la voz e instrumentos melódicos variando alturas y creando diversas melodías.

Discurso P (un hombre y cinco mujeres) utilizan nuevos ritmos en instrumentos de percusión (pezuñas, cajas, bongó, panderetas) e introducen variaciones en intensidades, duraciones y acentuaciones.

Resultante sonora: Se muestra una intensidad alta en la producción grupal, con momentos de alternancias en los discursos. Se comienza a notar una textura más complementaria en la resultante grupal.

Intervenciones sonoras: repetición de un patrón rítmico en algún instrumento de percusión (Ej.: cajón peruano o bongó). Abriendo la posibilidad de que sean otros los que sostengan esta u otra “base rítmica”

Operaciones de producción: se genera una “base rítmica” en donde muchos participantes comienzan por primera vez a improvisar rítmicamente sobre dicha “base”.

Discurso J (hombre) realiza un patrón rítmico en el bongó e invita al resto del grupo a participar, o bien, en otra ocasión, **Discurso I** (mujer) marca un pulso en el toc-toc y es tomado por el grupo para improvisar. **Discurso B** (mujer) sucede algo similar al marcar un pulso con las palmas.

Resultante sonora: se caracteriza por una densidad e intensidad media, dejando momentos de escucha grupal. La textura se muestra por momentos complementaria y en otros en subordinación.

Intervenciones sonoras: A partir de la escucha de una improvisación ya realizada, se propone reconocer sus producciones sonoras generadas dentro de ésta. Luego se los invita a continuar la misma o crear una nueva improvisación, tomando como condición de producción lo acontecido anteriormente

La escucha de sus configuraciones discursivas sonoras, genera el reconocimiento de muchos adultos mayores de sus producciones sonoras, tanto individuales como grupales. Se muestran en este momento sorpresas de algunos adultos mayores y felicidad en otros al reconocerse.

“ése soy yo con el bongó” “qué bien que sonamos”

“ya podemos hacer nuestra propia música”

“Y pensar que creíamos que no podíamos”

Operaciones de producción:

Discurso P (tres hombres y 6 mujeres) utilizan instrumentos de percusión (bongó,

pezuñas, cajas, pandereta, güiros, palmas) comienzan a percutir, raspar, aplaudir, de diferentes formas, pero compartiendo el mismo ritmo.

Discurso A (un hombre y 3 mujeres) ejecutan instrumentos melódicos (armónicas, flautas, melódicas) de diferentes formas, proponiendo variaciones en las intensidades, duraciones y silencios.

Discurso M (musicoterapeutas) acompañan estos discursos con la guitarra y la voz.

Resultante sonora: se caracteriza por una intensidad y densidad media. Se escucha claramente una resultante complementaria en la textura grupal.

Conclusiones

- En esta zona, se puede hacer lectura de desplazamientos que se generan en el grupo donde se va abandonando la subordinación, ya sea hacia los musicoterapeutas, como hacia la estructura de la canción, o hacia algún otro adulto mayor, revalorizando su potencia al reconocer sus producciones individuales y composiciones grupales.
- Las intervenciones sonoras posibilitaron movimientos y aperturas que permitieron herramientas a los adultos mayores para generar una mejor escucha grupal y el desplazamiento de ciertas construcciones desde la vivencia.

4.3 De vivencias, posiciones y multiplicidades

En este apartado, expondremos *dos casos*⁵¹ que se desprenden del proceso de prácticas con *los adultos mayores*⁵². A través de la vivencia en el taller, se generan movimientos en algunos sujetos, que dejaron entrever cambios en sus *posiciones* permitiéndonos vislumbrar posicionamientos diferentes no sólo en el taller, sino en otros espacios institucionales. De esta forma podremos ver cómo los residentes conformaron un espacio colectivo abandonando ciertos lugares limitantes que suponían antes de transitar por la experiencia. Estos lugares tenían relación con prejuicios, estereotipos e imposibilidad relacionados a la vejez. Se muestra aquí, cómo en el devenir de la práctica, se dan de-construcciones/construcciones como movimientos que permiten nuevas formas de reconocerse.

4.3.1 El caso del bongó y la armónica

El caso que desarrollaremos a continuación es el de Guido y Roberto que son dos adultos mayores que hace varios años que residen en la institución. Estos dos adultos mayores son músicos y asistían al espacio de musicoterapia con propuestas de canciones y melodías para cantar y tocar. Si bien sus aportes eran muy importantes y tomados por los musicoterapeutas, el resto de los participantes del taller se quedaba en posición de escucha cuando éstos ejecutaban algunas canciones. Guido en varias ocasiones invitaba a sus compañeros a cantar las canciones con él mientras tocaba el bongó, pero sólo dos o tres adultos mayores se animaban a acompañarlo. En el caso de Roberto, él mismo se ponía a tocar la armónica para que demás adultos mayores escuchasen cómo tocaba.

En el taller se generaban ante este contexto argumentos discursivos limitantes y estereotipos como ser:

Esmeralda: *“qué bien que canta Guido, yo no puedo cantar así”*

⁵¹El criterio de división en “casos”, tiene que ver con dar organización en el escrito, a dos sucesos importantes que se destacaron en el taller.

⁵²Los nombres de los adultos mayores fueron modificados al azar, para proteger y preservar la identidad de los mismos.

Armonía: *“Roberto toca genial la armónica, lástima que yo no sé tocar instrumentos, y ya no puedo aprender, eso es para jovencitos como ustedes”* (Señala a los musicoterapeutas)

Blanca: *“sí, ellos son músicos. Ellos pueden tocar instrumentos, nosotros no”*

En el proceso del taller comenzamos a trabajar en pos de favorecer composiciones sonoras complementarias, para que todos los adultos mayores puedan construir el espacio y componer más allá de sus conocimientos técnicos musicales. Se pudo leer así un desprendimiento de ciertos lugares de saber, en el caso de Guido y Roberto, para formar parte del espacio de musicoterapia desde otros lugares posibles.

En el caso de Guido, en un principio del taller pudimos hacer lectura de que desde lo sonoro, sus producciones siempre quedan como figura⁵³ en relación al grupo que quedaba como fondo. Con el devenir de los encuentros los adultos mayores fueron posicionándose desde otros lugares, mostrando en el espacio sus composiciones y desligándose de apoco de las cargas de sentido limitantes.

En este movimiento de la vivencia, Guido se ve atravesado por la misma y comienza a generar instancias de escucha de sus producciones y las de sus compañeros. Esto posibilita el poder habitar el taller desde otras posiciones. Guido se reconoce componiendo mediante el campo pulsado que configuraba el Musicoterapeuta, quien configuraba su discurso en relación al de Guido. También expresa reconocer instancias de composición colectiva a través de la escucha de las producciones grupales⁵⁴. Este reconocimiento denota una diferencia en su posición al generar instancias de escucha y componer con otros.

En el caso es el de Roberto: su conocimiento en la ejecución de la armónica, generaba que los adultos mayores le den un lugar prioritario y mientras él tocaba ciertas melodías los demás permanecían en silencio. Con el paso del tiempo, se comienza a gestar una deconstrucción/construcción en estas estructuras musicales desde su vivencia en el taller. Comienza a variar los instrumentos que ejecuta, y explora diferentes timbres, en instrumentos melódicos y rítmicos. En este movimiento se pueden observar

⁵³ Predomina su producción sonora la resultante sonora grupal

⁵⁴ Grabaciones realizadas en el taller de las improvisaciones sonoras grupales.

variaciones en sus operaciones de producción, la creación de formas nuevas de tocar y componer con otros. Esto le permite habitar nuevas posiciones en el espacio de musicoterapia formando parte de la composición grupal y reconociéndose en la escucha de las improvisaciones en las producciones sonoras colectivas.

Estos movimientos posibilitaron en el grupo de adultos mayores el corrimiento de estereotipos sociales y prejuicios para poder fundar instancias novedosas que permitan el acontecimiento de su potencia como sujetos donde los mismo elijan qué lugar quieren ocupar.

4.3.2 El caso de Mafalda y la flauta:

Desarrollaremos a continuación un caso específico de una mujer que participó del proceso de las prácticas, el cual nos parece significativo en tanto a los movimientos notorios que se pudieron leer en su proceso.

Mafalda, era una adulta mayor que hacía poco tiempo que residía en la institución. La misma se encontraba generalmente sola y según la directora del geriátrico, manifestaba no querer participar de ningún espacio “recreativo”.

Invitamos a Mafalda a participar del espacio de musicoterapia y contra todos los pronósticos, Mafalda comienza a asistir al taller. En un primer momento, se encontraba cruzada de brazos, gestos tensos, ceño fruncido, entre otras caras y participaba sólo desde la escucha.

Un día, con el paso de los encuentros, emergió a la superficie una diferencia: en una consigna que proponía la *exploración no convencional de los instrumentos*, la compañera que se encontraba junto a Mafalda comienza a tocar la flauta dulce de distintas formas, generando variaciones tímbricas, explorando distintas intensidades y densidades cronométricas en la ejecución del instrumento.

Mafalda en este momento habló por primera vez:

Mafalda: (le dice a la señora que se encuentra a su lado) - “¿Por qué no te callas?!”, “¡Eso suena horrible!”, *me cansaste ya.*

Compañera: - “Estaba explorando qué sonido tiene”, “yo no sé tocar”, “estoy creando”.

Mafalda: “Si no sabes, entonces no toques”

Emergen otras voces...

Esmeralda: - “Como yo. Yo la guitarra no la sabía tocar y la toqué”.

Armonía: - “Yo tampoco, pero toqué”... “y me comuniqué con mis compañeros”.

Esta conversación fue un poco más extensa e intervenimos los musicoterapeutas en este suceso. Asimismo, en estos primeros enunciados se deja ver, por un lado una

construcción discursiva prejuiciosa que configura Mafalda, pero también desde mi lectura, Mafalda genera un quiebre en su posición e irrumpe en el espacio, generando una diferencia tanto en ella como en el grupo.

En este suceso, queda en evidencia, que sus compañeras estaban vivenciando condiciones de posibilidad distintas y esta vivencia hizo que puedan de alguna forma mostrarle a Mafalda que no era necesario saber para improvisar. Lo que el grupo muestra en este momento es otra posición ante el espacio, ante los prejuicios y estereotipos que ellos mismos instauraron en un comienzo del taller. De esta forma, se puede vislumbrar el reconocimiento de estas adultas mayores exponiendo que no importaba “*cómo suene*” sino que ellas estaban vivenciando otros sonidos y formas, fundando nuevas maneras de crear, escuchar y comunicarse.

Este caso fue un acontecimiento, porque se vio una diferencia en la posición de Mafalda, un desplazamiento. Luego de este encuentro, Mafalda siguió asistiendo al espacio, desde otros lugares posibles, explorando operaciones de producción y reconocimiento, creando sonidos, generando producciones sonoras, tanto individual como grupalmente. Esto trajo consigo la posibilidad de integrarse al grupo y generar relaciones con otros.

Este movimiento de-construcción/construcción en su posición, le permitió a Mafalda no sólo transitar desde otros lugares posibles el espacio de musicoterapia, sino que también le permitió abducir estas posiciones nuevas de ser habitadas en el espacio de musicoterapia a su espacio cotidiano y a sus vínculos en el geriátrico. Creemos aquí que es posible hablar de salud, en estos movimientos que devienen de un proceso, donde el adulto mayor encuentra nuevas posibilidades de relacionarse y de construir con otros. Explorar posiciones que le permiten en su cotidiano abordar situaciones desde otras perspectivas. Herramientas que posibiliten la creatividad y la multiplicidad para situaciones de la vida diaria.

5. Conclusiones:

Delineando los trazos finales del proceso de investigación, expresaremos aproximaciones realizadas hasta el momento las que permiten viabilizar posibles conclusiones. En esta instancia de la tesis, reflexionaremos acerca de lo planteado hasta el momento, generando posibles construcciones de sentido y dando apertura a pensar nuevos caminos sobre la temática expuesta hasta aquí.

En correspondencia a los objetivos que propone esta investigación, desarrollamos en el cuerpo teórico de la misma, diferentes autores que fueron cruciales en el proceso de complejizar la temática que atañe a la vejez. Desentramar los nudos en la red de tejidos sociales nos permite entender la vejez como una construcción social, señalando, desde esta perspectiva, diferentes problemáticas que atraviesa el adulto mayor en su día a día. Correremos de pensar solamente en los deterioros físicos, nos permite entender que el sujeto se encuentra atravesado por su contexto y que la salud está puesta en su cotidiano, donde él mismo puede participar activamente, tanto en el plano social como político.

Reflexionar sobre la carga de sentido que generan estas construcciones sociales, en dicho grupo etario, nos permite entender al adulto mayor desde una dimensionalidad compleja. Ésta posibilita considerar este proceso como instancia que forma parte del devenir natural de los seres humanos, donde se sigue conservando su potencia, más allá del paso de los años. Esta reflexión permite distinguir que las “construcciones sociales”, no hablan de los sujetos en sí, sino que son “atributos”, “rótulos”, que se establecen en lo social y que algunos sujetos (en este caso adultos mayores) adoptan como condición de reconocimiento. Dicho reconocimiento, contribuye a la generación de enlaces fijos, nudos en la red, que con el tiempo conforman huellas y generan posiciones rígidas.

Desde la problemática que atañe el presente trabajo investigativo, establecimos interrogantes acerca de cómo se podían generar estrategias desde el saber que concede la musicoterapia que permitan un corrimiento de ciertos discursos prejuiciosos. Para ayudar a la generación y encuentro con nuevas formas de posicionarse ante estas construcciones instauradas. Conforme a eso, es que pensamos estrategias que nos permiten trabajar con estas construcciones establecidas en los adultos mayores, para

ayudarlos mediante el devenir de nuestra práctica a encontrar y reconocer diferentes posibilidades.

Algunas de las intervenciones más relevantes contaron con un corrimiento de los saberes establecidos socialmente, lo que permitió el advenimiento de multiplicidades de sentidos para los adultos mayores. En lo grupal favoreció la exploración de formas y sonidos que se corren de la valoración estética y priorizan la potencia del adulto mayor para proponer, crear y relacionarse. Asimismo, se pudo ver cómo los residentes que contaban con un conocimiento musical formal, de-construyeron/construyeron formas “aprendidas”; para sumergirse en la vivencia sensible y vincularse con el instrumento desde un lugar lúdico, en donde se pueden configurar otras formas y lenguajes, como también, modificar sus posiciones de escucha y composición colectiva.

El movimiento espiralado que proponemos en el título de esta tesis, da apertura a lo posible en el devenir circular de la forma, donde se de-construyen/construyen, conceptos, sentidos, posiciones, prejuicios, en pos de favorecer el acontecimiento del sujeto, despojado de los atributos establecidos socialmente. La propuesta del espacio de musicoterapia permitió, de esta manera, desprender otras lógicas posibles de ser pensadas que dan apertura a fundar instancias de salud. Pensar la salud en continuo devenir, permite a los adultos mayores encontrar herramientas creativas que ayuden a transitar procesos de la vida diaria, desde lugares críticos y multiplicidades.

6. Bibliografía

- ? **Achilli**, Elena Libia. (2005). Investigar en Antropología social. Los desafíos de transmitir un oficio. Rosario: Laborde.
- ? Actas de **(A.S.A.M)** Asociación Argentina de Musicoterapia II – Jornadas de musicoterapia en geriatría y gerontología: sonidos, salud y vejez- 11 de septiembre del 2010 y 20 de octubre del 2012.
- ? **Barreto**, Andrea (2010)- Asociación Argentina de Musicoterapia II – Jornadas de musicoterapia en geriatría y gerontología: sonidos, salud y vejez – “La actividad. Reflexiones sobre algunas particularidades del quehacer musicoterapéutico en el trabajo con adultos mayores”
- ? **Bateson**, Gregory (1980) - Espiritu y naturaleza. Amorrortu Editores.
- ? **Bennardis**, María José (2002) – “De la Dimensión y la forma” – Tesis de Grado de la Licenciatura en Musicoterapia – Universidad Abierta Interamericana.
- ? **Brienzo**, Mauro, 2013 - Tesis de Grado “Musicoterapia y Discursos de la Anormalidad”: Licenciatura en Musicoterapia – Universidad Abierta Interamericana. Rosario.
- ? **Dabove**, María Isolina, 2008- “Aspectos jurídicos y éticos del envejecimiento: Derecho de la ancianidad”
- “En la vejez, los prejuicios limitan la libertad” (12 de agosto de 2012) - Entrevista a María Isolina Dabove.
<http://www.lavoz.com.ar/suplementos/temas/vejez-prejuicios-limitan-libertad>
- ? **Del Río**, Leandro. (1999) “La bici prestada (anotaciones de ruta)” Tesis de grado. Lic. En Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana. Sede Regional Rosario.
- ? **Deleuze**, Gilles, (1989) - “Lógica del sentido” – Paidós Barcelona.
- ? **Deleuze**, G. (2008) “En medio de Spinoza” - 2a ed. - Buenos Aires: Cactus
- ? **Deleuze** Gilles - Guattari Félix, 1993 – ¿Qué es la Filosofía? – Editorial Anagrama.
- ? **Deleuze** Gilles - Guattari Félix (1994) – Mil mesetas - capitalismo y

esquizofrenia. Editorial Pre-textos.

- ? **Derrida**, Jacques (1989) – “La deconstrucción en las fronteras de la filosofía” Ed. Paidós.
- ? **Huici**, C. 1996 “Estereotipos”, en J. F. Morales, y C.Huici, *Psicología Social y Trabajo Social*. Madrid, Mc Graw-Hill, Cap. XI.
<http://www.gazeta-antropologia.es/?p=2783>
- ? **Gianoni**, Daniela. (2002). De Abismos y Superficies.Tesis Lic. en Musicoterapia -Universidad Abierta Interamericana. Rosario.
- ? **Goffman**, E. (1989) Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
- ? **Maturana**, Humberto. R – **Varela**, Francisco. G (2003) – “El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del entendimiento humano” [Lumen - Editorial Universitaria — Bs.As]
- ? **Moiso**, Francesco (1992) “La naturaleza y los símbolos”. Grupo editorial Norma.
- ? **Oddone**, Julieta María – Doctora - Entrevistas:
 - “Es la primera vez que las sociedades son viejas” - Publicado en El Diario, lunes 15 de junio de 2015.
<http://flasco.org.ar/noticias/es-la-primer-vez-que-las-sociedades-son-viejas/>
 - Cuando los mayores ya no pueden solos- Cómo enfrentar como familia el desafío de acompañar al adulto mayor que necesita nuevos apoyos; la angustia frente a una posible institucionalización - LA NACION – Sabado – 01 de noviembre de 2014 –
<http://www.lanacion.com.ar/1740484-cuando-los-mayores-ya-no-pueden-solos>

Coordinadora del Programa Envejecimiento. Flasco; Argentina – Licenciada en Sociología de la Universidad de Buenos Aires, magíster en Gerontología de la Universidad Nacional de Córdoba y doctora en Antropología de la Universidad de Buenos Aires. Se ha especializado en estudios sobre la vejez y el envejecimiento y ha escrito artículos y libros referidos a ese tema.

- ? **Roqué** Mónica, Entrevista: - Solo el 1,3% de los mayores en Argentina están institucionalizados – SOCIEDAD – Encuesta realizada el 15/11/2013.
<http://www.telam.com.ar/notas/201311/40931-solo-el-13-de-los-mayores-en-argentina-estan>

[institucionalizados.html](#)

Directora Nacional de Adultos Mayores (DINAPAM), Mónica Roqué, brinda un avance de los resultados de la primera encuesta que se realizó en el país sobre estas instituciones y su marco legal.

- ? **Rozin**, Malena, 2014 - “Habitar los intersticios”- Tesis Lic. en Musicoterapia - Universidad Abierta Interamericana. Rosario.
- ? **Samaja**, Juan. (2007). Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar.
- ? **Salvarezza**, Leopoldo (2002)– Psicogeriatría: teoría y clínica
Salvarezza Leopoldo (1994) - Estadísticas: Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales (ISSN 1886-6530) www.area3.org.es Nº 1 – Julio – Diciembre 1994 - VEJEZ, MEDICINA Y PREJUICIOS Leopoldo Salvarezza- DEVRIES, H. Vigor regained. EnglewoodCliffs. New York, 1986.
- ? **Trossero**, Georgina (2009) “Gravitando entre ataduras libertades” - Tesis de Grado - Licenciatura en Musicoterapia - Universidad Abierta Interamericana. Rosario
- ? **Verón**, Eliseo (1998) - “La Semiosis social” - Editorial Gedisa. Segunda edición.
- ? **Zarabsky**, Graciela (2010) – Asociación Argentina de Musicoterapia II – Jornadas de musicoterapia en geriatría y gerontología: sonidos, salud y vejez. – “Diversidades en la psicogerontología”

7. Anexos

“Tal vez la etnología pueda comprender, pues, ayudar a comprender lo que nos es demasiado familiar para que no nos resulte ajeno” (M. Auge; 1987 op. cit. Achilli 2005: 59)

Entrevistas

Lugar: Geriátrico privado “El Hogar” (Mendoza 7700)

Día: 20 de septiembre del 2016

Hora: 12:00 p.m

Tema: Reconocimiento del espacio de musicoterapia (huella).

Respuesta: (R) **Entrevistadora:** (E)

Sujeto A

E: Hola María Isabel, ¿cómo está? Yo soy Nara, vine hace unos años a hacer prácticas de musicoterapia, ¿se acuerda?

R: - Sí, con un chico también...

E: Sí, con Matías

R: - Sííí, ahora me acuerdo!!!

E: ¿Recuerda que cantábamos canciones con Juanjo?

R: -Sí, pero Juanjo está mal, pobrecito... me la paso llorando, porque es como un pariente para mí.

E: Si, la entiendo, recién me enteré que estaba internado, pero va a estar bien, confiemos...

R: - Sí, esperemos que sí... ¿Vos que me querías preguntar?

E: Le quería preguntar: ¿Recuerda algo del espacio de musicoterapia?, ¿algo que le haya gustado?

R: - A mí me gusta todo lo que hacen... recuerdo que tocábamos instrumentos, a mí me gustaba mucho... me despabilo, no pienso mucho... ¿Vas a venir de nuevo?

E: Sí, capaz que sí...

R: - ¡¡Hay, vengan!!

E: ¿Le gustaría a usted?

R: - A mí sí, ¡¡mucho!!

E: Hay, qué bueno escuchar eso

R: - Me despabilo, no, no, pienso mucho...

E: ¿En qué piensa?

R: - En mi familia, los extraño mucho, pero con la música me pongo contenta, cuando cantamos, cuando usamos la voz y tocamos los instrumentos... me sirve para la cabeza

E: ¿Dentro del espacio pudo crear alguna relación nueva?

R: - Sí, pude animarme a tocar instrumentos, escucharme... recuerdo tocar la guitarra con Mabel y que Juanjo cantaba (pobre Juanjo, estoy tan triste de que esté internado).

E: ¿Y usted cómo está?

R: - Bien gracias a Dios. Lo único las piernas y las caderas, me caí dos veces y me quebré la cadera. Y es lo único, sino estoy muy bien por suerte, me tratan bien..

E: Es un lindo geriátrico...

R: - Sí, es muy buena la directora Analía, muy amiga de mi sobrina

E: Qué bueno, bueno la voy a dejar comer tranquila así no la interrumpo en el almuerzo, después vamos a ver si nos vemos, así viene a cantar y tocar instrumentos.

R: - Sííí!!! Me encantaría!!!

E: Bueno, nos estamos viendo pronto

R: - Saludos a todos! Mándale saludos al chico.

E: Bueno me alegra verla bien y espero verla pronto, gracias por este ratito de la entrevista...

R: - De nada... yo también espero verlos pronto a ustedes!!

Sujeto B

Tema: sobre el reconocimiento del espacio (huella)

Respuesta: (R)

Entrevistadora: (E)

E: Hola Beba, ¿cómo está tanto tiempo?

R: Hola nena, bien ¿y vos? ¿Quién sos? No te recuerdo bien

E: Soy Nara, estudiante de musicoterapia, vine hace unos años a la institución a hacer unas prácticas. ¿Recuerda el espacio de musicoterapia?

R: Más o menos, no recuerdo tanto... ¿cantábamos canciones?

E: Tocábamos instrumentos ¿se acuerda?

R: Sí, algo recuerdo... pero no tanto

E: Y usted ¿cómo está?

R: - Yo nunca pensé pasarlo así... yo pensaba pasarlo en mi casa, pero ya no se podía estar sola... era mucho pedir, cambió tanto la gente. Yo estaba en un centro de jubilados, me quedaba a una cuadra y algo. Era todo... (Silencio)... pero después cambió. Muy lindo era el centro de jubilados.

E: ¿Qué actividades hacían en el centro de jubilados?

R: - Hacíamos de todo, yo fui años presidenta... eran grupos muy lindos... muy lindos... Las comidas que hacíamos... oooohh!!!

E: ¿Y tenían algún taller creativo?

R: - Sí, sí, los mandaba PAMI, gimnasia, masajistas... se hacía de todo sí.

E: - ¿Acá en el geriátrico se realizan actividades parecidas a las del centro de jubilados?

R: - Sí, acá algo se hace... pero yo no puedo integrarme ahora que casi no veo.

E: Pero cantar puede igual ¿o no?

R: - Sí, por eso me gustaba estar con Juanjo, porque yo me acercaba a la mesa y nos acordábamos de algo y cantábamos.

E: Sí, Juanjo siempre está cantando.

R: - Sí... pobre Juanjo (silencio).

E: Pensemos que va a estar bien.

R: - Sí, esta con Dios.

E: ¿Hace mucho tiempo que está acá usted?

R: - A fin de enero va hacer 5 años. Pasan los años...

(Intervención de otra persona que se encontraba en la mesa) - Tenés que bailar para el 21, para el día de la primavera.

R: - ¡¡¡Cómo me gustaba bailar!!!... con mi marido éramos una linda pareja.

E: ¿Y ahora no baila?

R: - No, ya estoy grande para esas cosas, ya no puedo...

E: ¿Cómo que no puede? Yo creo que sí puede.

R: - Pensándolo bien, voy a bailar con el hijo de ella (la señala) que va a venir a la fiesta de la primavera.

E: Bien, encontramos pareja de baile

R: ¡¡¡Qué lindo!!!

E: Nunca es tarde para bailar... siempre se puede.

R: - Sí tenes razón nena, voy a bailar

E: Bueno, gracias por este ratito, la dejo seguir con los mates tranquila y espero verla pronto...

R: - Gracias a vos nena, siempre es lindo a hablar con alguien, espero q vengas así

tocamos instrumentos.

E: Sí; nos vemos pronto...

R: Chau nena, chau..

Sujeto C

E: - Hola Mabel, ¿cómo está? ¿Se acuerda de mí? Soy Nara estudiante de musicoterapia, vine a hacer unas prácticas hace unos años..

R: - Hola Nara, bien, ¿y vos? ... Sí, me acuerdo de vos y del chico también

E: - Si Matías.

R: - Sí ¿cómo está el?

E: - Bien, bien por suerte.

R: -Yo me tuve que operar de la cadera, me estoy recuperando, hace poquito me opere... estoy con kinesiología, rehabilitandome, pero voy mejor, por suerte estoy mejor... ¿y que estás haciendo por acá? Contame...

E: - Yo estoy haciendo mi tesis, sobre las prácticas que hice con ustedes, les vine a preguntar si recordaban algo sobre el espacio.

R: - Sí, cómo no nos vamos acordar... ¿piensan venir de nuevo?

E: - Sí, capaz que sí, más adelante... ¿a usted le interesaría el espacio de musicoterapia?

R: - Sí, me gustaría, tocar los instrumentos, cantar también, pero desde la silla, ya no me puedo mover mucho por el momento, antes iba y venía para todos lados, ahora tengo que estar más tranquila...

E: - Y sí, claro... pero se pueden hacer muchas cosas igualmente.

R: - Sí, sí, pienso que si

E: -Bueno, la voy a dejar terminar de comer, Muchas gracias por su tiempo, y espero verla pronto Mabel.

R: - Bueno, un gusto nena, espero verte pronto así tocamos instrumentos.

8. Agradecimientos

A las dos personas más fundamentales en mi vida: mis padres. Gracias por acompañarme con amor, paciencia y contención en este proceso.

A mi padre, especialmente por la confianza depositada en mí y su compañía desde el amor en cada paso dado. Gracias por caminar conmigo sin condicionar mi camino.

A mi madre, por toda su contención desde lo emocional, por ayudarme a seguir en momentos de crisis y por todo el amor que sólo una madre puede brindar.

A mis hermanos, mis tesoros, porque sin ellos la vida no sería igual, a Boris por las primeras sonrisas y miradas, a Román y Naim por los abrazos, el amor y el apoyo incondicional. A Facundo, especialmente, por acompañarme en el día a día y ser parte de este proceso. Gracias por la comprensión, paciencia y compañerismo diario.

A Federico, mi gran amor, por su compañerismo y su amor incondicional. Gracias por alentarme a seguir incluso en los peores momentos, ayudando a que confíe en mí y pueda superar cualquier obstáculo.

A mis abuelos, quienes me enseñaron a ver el mundo con otros ojos. Agradezco su sabiduría y su compañía en su presencia y ausencia.

A Sofía Vitali, por su dedicación, tiempo y compromiso. En ciertos casos, hay personas que en poco tiempo te inspiran a generar grandes movimientos. Gracias por acompañarme en este camino.

A todas las personas que forman parte de mi entramado relacional y me hicieron llegar su afecto y apoyo; a mi tío Maxi, prima Eli, Flavio, Nara, Melba, cuñadas Flor y Juli, a mis amigas Lu, Romiy Lourdes. A Neris, especialmente, compañera de proceso, estudio, nervios y risas.

A Daniela Gianoni, por su tiempo y aportes en la construcción del escrito.

A cada uno de los profesores que fueron parte de la carrera estos años, especialmente a Bennardis, MariaJose; Permingeat, Mario; Pezzone, Noemi y Rojas Graciela. Quienes dejaron una huella en cada clase.

A Analía, por abrirme las puertas del geriátrico “el Hogar” y darme libertad para que este trabajo sea posible.

Y a los adultos mayores del geriátrico, por confiar y ser parte de este proceso.