

Tesis de la Licenciatura en Musicoterapia

Título:

**“Gravitando
entre ataduras y libertades”**

***Una experiencia de externación
de pacientes en salud mental***

Autora: Musicoterapeuta Georgina Trossero

Director de Tesis: Lic. en Musicoterapia Jorge H. Montaldo

Licenciatura en Musicoterapia
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario

Diciembre 2009



"Gravitation" M. C. Escher.

“Gravitando entre ataduras y libertades”

***Una experiencia de externación de
pacientes en salud mental***

“Un cuento oriental relata la historia de un hombre que andaba enfrentándose con una serpiente. Un día que nuestro hombre dormía, la serpiente deslizándose por su boca entreabierta fue a colocarse en su estómago y desde allí se dedicó a dictar su voluntad a aquel desgraciado, que, de este modo, se convirtió en su esclavo. El hombre se encontraba a merced de la serpiente: no era dueño de sus actos hasta que, un buen día, el hombre volvió a sentirse libre: la serpiente se había marchado. Pero de repente se dio cuenta que no sabía qué hacer con su libertad. Durante todo el tiempo en que la serpiente mantuvo sobre él un dominio absoluto, el hombre se acostumbró a someter por completo su voluntad, deseos e impulsos a la voluntad, deseos e impulsos de la serpiente, y por ello, había perdido la voluntad de desear, querer y actuar con autonomía. En vez de la libertad, sólo hallaba el vacío porque con la partida de la serpiente perdió su nueva esencia adquirida durante su cautividad, y sólo fue necesario que aprendiera a reconquistar, poco a poco, el contenido precedente y humano de su vida”ⁱ.

Índice:

- Introducción	Pág. 6.
- Capítulo I: sobre Musicoterapia	Pág. 8.
o Los diferentes posicionamientos teóricos	Pág. 9.
o El sujeto en Musicoterapia	Pág. 16.
- Capítulo II: Locura como construcción social	Pág. 18.
- Capítulo III: De la institución.	Pág. 27.
o Recorrido histórico de la institución donde se desarrolla esta experiencia	Pág. 28.
o Surgimiento y avatares del espacio de Musicoterapia	Pág. 30.
- Capítulo IV: Acerca de la experiencia	Pág. 33.
o Sobre el taller de Musicoterapia y otros espacios	Pág.34.
- Capítulo V: El hombre se encontraba a merced de la serpiente	Pág. 45.
o A modo de compendio	Pág. 46.
o A modo de conclusión	Pág. 48.
- Notas	Pág. 52.
- Bibliografía	Pág. 56.
- Anexos	Pág. 60.
o I. Proyecto: Espacio clínico grupal en Musicoterapia	Pág. 61.
o II. Proyecto: Salidas Terapéuticas	Pág. 70.
o III. Terapias contextuales	Pág. 76.
o IV. Convenio Municipalidad de Rosario	Pág. 77.
o V. Programa del curso “Pasado, Presente y Nuevas perspectivas en Salud Mental”	Pág. .

Introducción

La presente tesis expone y analiza, a partir de ciertos lineamientos teóricos, las estrategias realizadas por el musicoterapeuta en un grupo reducido de residentes dentro de una institución de salud mental de la ciudad de Rosario.

El tema que se plantea en esta tesis es: *el trabajo del musicoterapeuta en la construcción de estrategias para la externación de sujetos que habitan en una institución de salud mental.*

A partir de este escrito se pretende describir y analizar las experiencias realizadas desde la Musicoterapia dentro de un equipo de profesionales en el lugar mencionado y proponer nuevas estrategias para la externación de sujetos. Para arribar a los objetivos plateados es preciso:

- Describir las estrategias de externación realizadas a partir de la experiencia llevada a cabo.
- Indagar acerca de los movimientos institucionales que se fueron produciendo con su implementación.
- Delinear posibles formas de acompañamiento en el proceso de externación que se desprendan de las experiencias realizadas hasta el momento.

Este trabajo consta de diferentes partes que se nombran como capítulos. En el capítulo I se desarrollan los diferentes posicionamientos teóricos sobre Musicoterapia avalados por la Federación Mundial de Musicoterapia y mi postura teórica que se pone de manifiesto en el desarrollo de la experiencia. Dentro de ella se nombra brevemente una idea de sujeto que se desprende de dicho posicionamiento. Para ello se tuvieron en cuenta autores tales como Lic. en Mtia. Diego Shapira, Méd. Psiqu. Rolando Benenzon, Lic. en Mtia. Claudia Banfi, Lic. en Mtia. Daniela Gianoni, entre otros. En el capítulo II, como se trata de una tesis en el campo de la salud mental, se realiza un pequeño recorrido histórico sobre la locura. Aquí se tomaron como referencia autores que hablan de la locura como sufrimiento mental según lo que plantea Emiliano Galende, desde los dispositivos de encierro como lo expone Michel Foucault y teniendo en cuenta algunas propuestas nuevas acerca de las reformas en salud mental, tal como lo trata Paulo Amarante. En el capítulo III se contextualiza a la institución donde se lleva

a cabo esta experiencia tomando como fuentes archivos institucionales, datos aportados por personal del lugar y de otros que pasaron por la institución. En el IV, la experiencia propiamente dicha partiendo del trabajo en el espacio de Musicoterapia y luego ampliando el campo de posibilidades hacia otros lugares denominados como salidas terapéuticas, feria artesanal, cursos de producciones artesanales. Para finalizar, en el capítulo V, se realiza un compendio, se exponen las conclusiones arribadas y se plantean propuestas para continuar el trabajo.

Capítulo I



Sobre Musicoterapia

Los diferentes posicionamientos teóricos

Antes de comenzar con la propuesta de esta tesis que intenta describir y analizar una experiencia de trabajo en el campo de la salud mental desde los aportes de la Musicoterapia, se considera necesario plantear algunos conceptos que ayudarán a seguir una línea de trabajo. Por este motivo, el punto de partida es poder establecer algunas ideas acerca de qué entendemos por Musicoterapia. En primera instancia, compartiré la definición que propone la Federación Mundial de Musicoterapia:

*"La terapia Musical consiste en el uso de la música o elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) por un terapeuta musical, con un cliente o grupo, en el proceso diseñado para facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas"*ⁱⁱ

En segunda instancia, me remitiré a los modelos teóricos que reconoce la Federación Mundial de Musicoterapia a partir del IX Congreso Mundial de Musicoterapia que se realizó en 1999. Se establecieron cinco modelos. Estos son:

- * Modelo Nordoff Robbins, o de Musicoterapia Creativa e Improvisacional;
- * Modelo GIM (Guided Imaginery and Music) o de Imágenes Guiadas y Música;
- * Modelo de Musicoterapia Analítica;
- * Modelo Benenzon;
- * Modelo de Musicoterapia Behaviorista

Estos modelos brevemente plantean:

El **Modelo Nordoff Robbins** o de Musicoterapia Creativa e Improvisacional consiste en la improvisación musical que se instaura entre el paciente y el terapeuta con diversos instrumentos musicales o canto, según las posibilidades del paciente, de sus condiciones neurológicas y sobre todo de sus funciones vitales. Tiene en cuenta el tipo de paciente tratado y la personalidad del

terapeuta, realizando una improvisación "bilateral" que contempla a ambos.

El **Modelo GIM** trabaja principalmente con dos aspectos: La posibilidad de la música de provocar tanto la sinestesia como "estados alterados de conciencia", o, como dice Helen Bonny, *"la utilización de la música para alcanzar niveles extraordinarios de la conciencia humana"*.

El **Modelo de Musicoterapia Analítica** es el nombre que se ha dado al uso analítico, informado y simbólico de la música improvisada por el musicoterapeuta y el paciente. Es usada como una herramienta creativa con la cual el paciente explora su propia vida, a la vez que lo provee de los medios para poder crecer e incrementar su autoconocimiento.

El **Modelo Benenzon** comenzó a delinearse en la década del 60.

"Se fundamenta en el complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no, tendiente a buscar métodos y diagnósticos terapéuticos. Este complejo se extiende desde las fuentes de emisión del sonido, comprendiendo la naturaleza, el cuerpo humano, los instrumentos musicales, los aparatos electrónicos, el medio ambiente, el recorrido de las vibraciones con sus leyes acústicas, los órganos receptores de éstos sonidos, la impresión y percepción en el sistema nervioso y toda la repercusión biológica y psicológica para la elaboración de la respuesta que encierra el complejo, ya que ella es una fuente de estímulo. Este modelo considera como objetivo fundamental producir estados regresivos y aperturas de canales a esos niveles en los pacientes, emprendiendo por medio de los nuevos canales de comunicación, el proceso de recuperación".ⁱⁱⁱ

El **Modelo Behaviorista**, sostiene que la música por sí sola es un operador condicionante que refuerza la conducta alterada. El impacto de la experiencia musical es observable y mensurable, y es posible establecer una relación de causa-efecto entre la música y la conducta. Utiliza el análisis conductista y propone programas individuales de tratamiento para encontrar las necesidades de las personas a las que se atiende.

Y en tercera instancia, compartiré cómo consideran esta profesión, dos

musicoterapeutas argentinas: la Lic. Claudia Banfi y la Lic. Daniela Gianoni.

La Licenciada en Musicoterapia Claudia Banfi, en su tesis de grado "Rigor poético, de la transmisión en Musicoterapia" la define como:

"... una forma de encuentro entre sujetos, paciente y terapeuta, en un lugar del tiempo donde algo impacta sensiblemente generando transformación, siendo la materia estética sonoro gestual la substancia de esa experiencia sensible"^{iv}.

La Licenciada en Musicoterapia Daniela Gianoni en su tesis de grado "De abismos y superficies" plantea a la Musicoterapia en dos campos de conocimiento.

El que:

"Investiga las organizaciones discursivas producidas por diferentes sujetos. El sujeto como productor de fenómenos transita un proceso de de-construcción/construcción, habilitando un devenir circular de la forma:

Y el que,

"Vincula el Arte con la Salud.

El lenguaje del Arte es el que posibilita la circularidad de la Materia, Forma y Sentido, en tanto el Musicoterapeuta escuchante celebra el devenir como criterio de Salud'^v.

Finalmente, después de haber enunciado diferentes concepciones acerca de la Musicoterapia me detendré a analizar cada una de ellas haciendo un breve comentario acerca de dichas posturas teóricas. Ellas son mi punto de partida para desarrollar mi propio posicionamiento en Musicoterapia.

Todos los modelos que reconoce la Federación Mundial implican una concepción de sujeto que tiene que ver con partir de un estado y arribar a otro después de haber pasado por los efectos de la música. Este estado puede ser de regresión como lo expresan el modelo Benenzon y el GIM, o estados de cambio como lo indican los demás. La mayoría de ellos consideran que un factor externo, como es el caso de alguna música o también el terapeuta que manipula algunos

de los materiales musicales, produce cambios en el paciente. El terapeuta está para “... *facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas*”^{vi}. En algunos de los modelos nombrados hasta el momento, se puede decir que el sujeto paciente participa recibiendo estímulos externos y se encuentra a la espera de que éstos le provoquen algún cambio. En el modelo Nordoff-Robbins y en el de Musicoterapia Analítica, el paciente es partícipe de la improvisación. En estos casos el terapeuta considera a ese sujeto no en su particularidad de ser sino teniendo en cuenta sus condiciones neurológicas, vitales, que lo hace restringirse a cierto cuadro patológico, cierta tabla de análisis. Esta participación en la improvisación es condicionada por el terapeuta que indica qué debe hacer el sujeto paciente, quien se subordina a su mirada. Cabe aclarar que todos estos modelos que nombra la Federación a excepción del de Benenzon son planteados en otros países con realidades socio-económicas y culturales totalmente diferentes a la que vive nuestro país.

Como musicoterapeutas que trabajamos actualmente en este país creemos importante poder revisar nuestras teorías y crear éstas en relación a las prácticas actuales. Para ello analizaré las producciones de musicoterapeutas argentinos que surgen de sus prácticas clínicas locales.

Claudia Banfi define a la Musicoterapia como una forma de encuentro en donde ya no es necesario un factor externo para que se produzca **algo** sino que hace hincapié en la experiencia que surge de ese encuentro. Aquí el paciente participa de una manera en la que tiene registro de lo que realiza y no actúa repitiendo lo que el terapeuta le indica. En esta forma de pensar a la Musicoterapia, ya no aparece algo externo como salvador o productor de un cambio sino que es en el encuentro de los sujetos en donde se produce, en donde se construye.

La Lic. Daniela Gianoni también establece que nada se produce fuera de ese encuentro, todo lo que allí se *de-construye-construye*^{vii} es lo que produce cambios. Es así que plantea a la Musicoterapia en la instancia de investigar las organizaciones discursivas producidas en esos encuentros entre los sujetos (el que asiste al espacio y el que lo recibe, musicoterapeuta) y vincular al arte con la salud. Al investigar las organizaciones discursivas ya no se piensa a la música

como ente cerrado sino que se tiene en cuenta la triangulación materia, forma y sentido que constituyen el discurso^{viii} propio de un sujeto en particular.

“MATERIA - sonido, cuerpo, movimiento.

FORMA - disposición o expresión de la materia.

SENTIDO - contextualización de la forma.^{ix}”

Estas últimas ideas me ayudan a fundamentar el aporte de la Musicoterapia en el proyecto que se desarrollará páginas más adelante, considerándola como aquella que trasciende el ámbito del consultorio, de la institución y que trabaja en la comunidad. Además, traspasa los límites de los materiales musicales, porque se crea a partir de todo material perteneciente al espacio que propone el sujeto que asiste. Estos materiales al ponerse en juego se convierten en materia de la producción de un sujeto que está organizada de una determinada forma y se le otorgan sentidos. La profesión a la que nos referimos articula el arte con la salud ya que intenta trabajar en salud desde el arte. Éste último es el que posibilita la experimentación de formas de estar y vivir en el mundo.

Leandro del Río en su tesis de grado *“La Bice Prestada”* así lo expresa:

“...el parentesco directo de nuestra práctica con el arte y la capacidad de poder utilizar herramientas precisas para recorrer un camino preciso hacia la salud, posibilitando una escucha diferenciada que nos permite intervenir tanto en las problemáticas individuales como en las grupales.”^x

Pero además de trabajar con materiales determinados (*“herramientas precisas para recorrer un camino preciso hacia la salud”* tales como el uso de instrumentos musicales, la experimentación corporal y otras más), los recursos propios de la disciplina exceden este aspecto. Claro que, cuando digo que los excede no quiero señalar que los pasa por alto. Como musicoterapeuta pienso que las formas que se muestran en el ámbito de lo que podría ser un consultorio, un lugar de taller, u otros, se pueden trasladar a otros ámbitos. Éstos dependerán de cada sujeto en particular. Pueden ser otros talleres, otros pabellones, barrio,

familia. Es así que se puede acompañar al sujeto a que lleve estas formas a otros lugares. Para ello pienso en la posibilidad de realizar una lectura de las formas de relación y de discurso puestas en juego, que no está vinculada sólo al material que se utilice. Estas formas se pueden ver, leer o escuchar en cualquier contexto que le permite involucrarse en espacios que no necesariamente tienen que ver con lo musical. La especificidad del musicoterapeuta no está puesta en el uso de determinados materiales (solo instrumentos musicales, micrófono, equipo de música) sino en otro lugar; se ubica en el modo de mirar-escuchar-intervenir, improvisando. Pero si se piensa en qué es lo que se lee, se puede decir que se trata del discurso de un sujeto.

Eliseo Verón en su libro “La Semiosis social” dice:

“El análisis de los discursos no es otra cosa que la descripción de las huellas de las condiciones productivas de los discursos, ya sean las de su generación o las que dan cuenta de sus efectos”^{x1}.

En este mismo libro plantea que las condiciones productivas de los discursos tienen que ver con determinaciones que dan lugar a la generación de un discurso, éstas son las *condiciones de producción* y las que se refieren a la recepción, las que denomina *condiciones de reconocimiento*. Después de compartir esto, se puede decir que se tienen en cuenta las huellas que constituyen los discursos tanto en su generación como en su reconocimiento.

El pensar a la Musicoterapia como una forma de **mirar-escuchar-intervenir** en los discursos, permite salir del consultorio, de la sesión, de la institución para trabajar en comunidad. Pero este salir, implica una lectura más amplia de la situación que el que requiere el trabajo en el consultorio. Tiene que ver con tener registro, responsabilizarse de lo que ocurre alrededor, intervenir teniendo en cuenta el estado de cosas presentes y tratar de abrir nuevos campos de posibilidades que no se cristalicen y que puedan ser explorados por cada uno de los sujetos que habitan dicho contexto. Después de esto se podría decir que: la Musicoterapia es una forma de **mirar-escuchar-intervenir-habilitar**, hacerse cargo del contexto en donde tiene lugar nuestra práctica y en el que habitamos como sujetos.

La Lic. en Musicoterapia María José Bennardis, coordinadora del dispositivo de Prevención y Promoción en la Comunidad de Pavón Arriba dice:

*“...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.”^{xii}*

El trabajo del musicoterapeuta consiste en leer las huellas de producción y de reconocimiento del discurso que produce un sujeto. Continuando con la idea de Eliseo Verón, que entiende al discurso como “*configuración espacio-temporal de sentido*”^{xiii} y que “*toda producción de sentido está insertada en lo social*”^{xiv}, nuestro trabajo no se circunscribe sólo a un lugar físico donde se lleva a cabo toda la experimentación con los instrumentos musicales sino a un contexto más amplio, social, político, económico, cultural. Al discurso hay que analizarlo en la red discursiva y no como un fenómeno aislado del resto. Debido a ello, es importante trascender los límites de la institución y hacer una lectura de este ámbito comunitario y cotidiano en el que se encuentra el sujeto. De esta manera se debe intervenir para que se puedan construir nuevas formas de relación que habiliten otras formas de operar.

“... nuestra práctica no tiene lugar en el vacío, sino en un contexto real (cultural, social, económico y político), donde la música circula en todos los sentidos posibles, otorgándonos, tal vez, cierto permiso para observar (en tanto discurso producido dentro de ese contexto), ciertas particularidades con respecto a la música y a los sonidos.”^{xv}

El sujeto en Musicoterapia

Una práctica siempre es en relación a un sujeto. Por lo tanto, no es posible pasar por alto lo que se entiende por sujeto. Pero, esta tesis lejos de ser un desarrollo teórico acerca de este concepto en Musicoterapia, sólo intenta acercarse a una idea que ayude a poder pensar la experiencia que se expondrá páginas más adelante.

Alfredo Kraut, en su libro “Salud Mental. Tutela jurídica”, le reconoce al sujeto:

“... el derecho a la vida y a la salud; a la defensa y el respeto de la dignidad; a la libertad, el debido proceso, la igualdad, la intimidad, el patrimonio; de reunión, de comunicación; al trabajo, a manifestarse, a peticionar ante la autoridad; a la seguridad, la educación, la protección familiar, entre otros.”^{xvi}

Teniendo en cuenta los derechos que se expresan anteriormente, un sujeto declarado “loco” por alguien e institucionalizado comienza a perder o a no hacer uso de ellos, a ser preso de la rutina, de las normas del lugar, deja de cuestionar las cosas de las cuales no está de acuerdo, pierde la intimidad ya que comienzan a vivir con personas que no conocen y duerme en habitaciones compartidas, se baña en horarios establecidos, come a la hora preestablecida, no preguntan acerca de la medicación que toma, ni cual es el tratamiento a seguir. Esto se visualiza en pacientes que durante muchos años estuvieron y están institucionalizados. Pareciera que por sufrir alguna enfermedad éste deja de ser, se cristaliza su posición, se estanca.

La Lic. Gianoni, D, en su tesis ya citada, desarrolla también el concepto de sujeto. Brevemente realizaré algunas citas que ayudarán a establecer ideas desde donde pensar al sujeto.

“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^{xvii}.

“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”^{xviii}

Se parte de pensar un sujeto que no está constituido de una vez y para siempre determinado por ciertas estructuras. No es una enfermedad (estado que implica manifestaciones determinadas) sino que la padece. No es, un conjunto de cosas que se ve afectada a la espera de que alguien lo declare enfermo y lo cure. El sujeto es alguien que circunstancialmente o no, padece de alguna enfermedad que le produce sufrimiento. Como musicoterapeutas trabajamos con ese sujeto que sufre, no desde la enfermedad sino con él, para intentar aliviar ese padecimiento. Consideramos al sujeto en su devenir, al decir de Daniela Gianoni, *“en su calidad de ser en el instante”*.

Entendiéndolo como punto de entrecruzamiento de discursos dentro de una red discursiva (social) sería una contradicción ver al sujeto como constituido de una vez y sujetado a diferentes estructuras.

Se trata de un sujeto en devenir, en permanente cambio ya que es atravesado por otros discursos que a la vez son producidos por otros sujetos a los cuales atraviesan nuevos discursos producidos por otros. Así se construye la red discursiva en la que se encuentra inmerso.

Para comenzar a describir y analizar esta experiencia de externación de pacientes psiquiátricos (de esta forma se denomina al sujeto dentro de la institución donde se desarrolla esta experiencia) empezaré por un breve recorrido histórico acerca de la locura para luego arribar a la experiencia propiamente dicha.

Capítulo II



Locura, una construcción social

“La locura es un hecho social, político y hasta una experiencia positiva de liberación, una reacción a un desequilibrio familiar, no configurando así un estado patológico, ni mucho menos el loco un objeto pasible de tratamiento. El loco es, por lo tanto, una víctima de la alienación general tenida como norma y es segregado por contestar al orden público y colocar en evidencia la represión de la práctica psiquiátrica, debiendo, por eso, ser defendido y rehabilitado”^{xix}

En este capítulo se toman autores que sirvieron de referencia para esta pequeña reseña histórica. Ellos son Michael Foucault, Emiliano Galende y Paulo Amarante. Hacia el final de este capítulo, me detendré en las cuestiones que tiene que ver con las reformas más actuales acerca de las prácticas en salud mental.

Al querer realizar un breve recorrido histórico por la locura se plantea que si bien siempre estuvo presente a lo largo de la historia, la idea que se construyó de ella fue cambiando.

Desde la antigüedad los filósofos hablaban acerca de la melancolía. La primera concepción de la locura era demoníaca, respondiendo a las creencias de causa por posesiones de demonios o por el control de los dioses o divinidades sobre el cuerpo (mente) de los mortales. La locura era un castigo, una manipulación, una venganza de las entidades no-humanas sobre los humanos. Aquí, las personas eran víctimas inocentes de fuerzas y motivaciones ajenas sobre las que no se tenía control alguno. (Michel Foucault *“Historia de la Locura en la época clásica”*.)

Con el advenimiento del cristianismo, la locura fue conceptualizada como sinónimo de pecado, defecto moral, o como asunto que el ser humano se provocaba a sí mismo cuando caía en alguna forma de degeneración religiosa (fuera por ateísmo, blasfemia, o exceso de religiosidad mal comprendida) o por falta de virtudes (definidas de acuerdo a cada sociedad y época). Esta visión se hizo cada vez más presente en la Edad Media cuando se consideró la locura como producto de los pactos con el diablo y como efecto de la confirmación de la brujería, la cual ubicaba a la persona loca como alguien controlado por las fuerzas del mal. En esta visión, la persona era vista como traidora y culpable por su debilidad moral. Hasta aquí, puedo decir que predominaban las visiones sobrenaturales como etiología de la locura.

Hacia el siglo XVI, comenzaban las dudas sobre estas causas sobrenaturales y se perfilaba la idea de que las locuras eran de origen físico y no del alma. Entre los siglos XVI y XVII ocurrieron grandes adelantos en la Neurología, Fisiología, Anatomía y en las Ciencias Médicas que dieron inicio a teorías que planteaban que la locura es causada por cuestiones físicas.

Pero, si bien durante estos siglos se amplió la investigación acerca de las causas, recién en el siglo posterior nació la disciplina que las va a estudiar directamente. Con el advenimiento de la Psiquiatría se inició la diferenciación entre los pobres, los marginados y los locos ya que anteriormente eran agrupados y tratados de la misma forma. Luego surgieron también otras profesiones que profundizaron aún más su estudio, así se puede nombrar a la Sociología, Antropología, Psicología, Terapia ocupacional.

A la idea de locura se la asoció comúnmente con la exclusión.

“Los locos de entonces vivían ordinariamente una existencia errante. Las ciudades los expulsaban con gusto de su recinto; se les dejaba recorrer en los campos apartados, cuando no se les podían confiar a un grupo de mercaderes o de peregrinos.”^{xx}

También la locura estuvo y, en algunos lugares está, relacionada con el encierro. Ya en el siglo XII existían establecimientos encargados de albergar a las personas que provocaban algún disturbio, malestar social, portador de algún demonio u otras percepciones místicas. En este momento estas personas sólo eran tratadas por los disturbios que provocaban.

“La mirada sobre la locura no es, por lo tanto, diferenciadora de las otras categorías marginales, pero el criterio que marca la exclusión está referido a la figura de la desrazón.”^{xxi}

Como expresaba anteriormente, diferentes instituciones ayudaron a conectar la locura con el encierro. Es así que se puede nombrar a los manicomios, como instituciones organizadas para la reclusión y el tratamiento de las personas con desórdenes mentales. Éstas surgieron de una decisión política

para enfrentar un problema social y no como instancia pensada desde la Psiquiatría. Las instituciones de encierro tenían por objetivo liberar a la sociedad de aquellas personas que le provocaban disturbios. Entonces, la locura es anterior a la Psiquiatría ya que esta última apareció para intentar dar explicaciones a la primera. No siempre estuvo asociada a la Medicina. En un primer momento fueron los sacerdotes y luego la autoridad política los encargados del cuidado del “loco”, ya que éste era considerado un desviado social. Recién en el siglo XVIII, esta función recayó en el médico que a su vez reunía las condiciones de policía y de juez.

Durante la Edad Media y el Renacimiento se comenzó a establecer la idea de que el ser humano es fundamentalmente racional, y que irracionalidad vendría siendo equivalente a la locura. Esto da base, eventualmente, a la etiología psicológica de la locura, aunque se mantenía la posibilidad de que se manifieste en el cuerpo o a través de sus sistemas y órganos. Esta explicación se afirmó más frecuentemente en el siglo XIX y fue muy dominante en el siglo XX.

Como ya se nombró, en los siglos XVIII y XIX, el médico psiquiatra nació en las fronteras entre lo jurídico y lo sanitario y durante muchos años tuvo la práctica de encerrar al enfermo, mantenerlo bajo su custodia y administrarle tratamientos. Así, en estos establecimientos de reclusión se aplicaban diferentes castigos o métodos que privaban la libertad del denominado enfermo. Se pueden citar algunos que surgieron desde finales del siglo XVIII y llegan casi hasta la actualidad: chaleco de fuerza, correa para locos, cura por el asco, baños terapéuticos, silla rotatoria, electroshock, lobotomía prefrontal, entre otros (Galende, E. 2006). Estos métodos mostraban un ejercicio de poder de los médicos y de los vigilantes que eran las personas que cuidaban de los enfermos. Este poder se visualizaba en la toma de decisiones por el otro.

Sobre los métodos anteriormente nombrados, no existían resultados comprobables más que desde lo empírico. Es así que muchas de las personas sometidas a dichas acciones morían. El fin que tenían todos estos procedimientos era la búsqueda de la contención del individuo a través de medidas represivas o simples castigos.

Con el surgimiento de la Psiquiatría se comenzó a estudiar los comportamientos del “loco”, clasificando las enfermedades y otorgándoles

nosografías que dieron lugar a diferentes categorías. Aquí entonces, la locura se entendía como algo meramente biológico.

“Durante la segunda mitad del siglo XVIII, la desrazón va, gradualmente, perdiendo espacio y el alienado ocupa, entonces, el lugar como criterio de distinción del loco frente al orden social. Ese recorrido práctico/discursivo tiene en la institución de la enfermedad mental el objeto fundador del saber y la práctica psiquiátrica”^{xxii}.

Hasta el momento, haciendo una mirada a modo de corte dentro de la historia teníamos instituciones en las que se alojaban locos a los que se los castigaba como modo de tratamiento y el médico actuaba como tutor o responsable de mantener el orden en la sociedad.

Philippe Pinel (1745-1826) fue uno de los que cambió el fin de las instituciones en las que se alojaban a los locos: pasaron de ser lugares sociales a ser sectores médicos. Suprimió las sangrías y los tratamientos inútiles, que no servían más que para debilitar a los enfermos. Pensaba que se podía curar a los locos con palabras de estímulo y que, en el caso de los delirantes, podía atenuarse la opresión de la idea dominante mediante un razonamiento hábil, para lo que la figura del médico ocupaba un lugar crucial. (Esto lo podríamos citar a comienzos del 1800). Fue el primer paso hacia la medicalización. Éstas instituciones eran muy cerradas y sus formas de operar muy autoritarias. Es por eso que se formaron las denominadas colonias, existentes actualmente también en nuestro país, en donde el amplio espacio verde daba cierta idea de libertad. Aunque al interior de ellas existían pabellones cerrados y otras conductas de privación de la libertad. Luego una y otra se terminaron pareciendo.

En el siguiente siglo, con el descubrimiento del origen inconsciente de la conducta, un aporte de la teoría psicoanalítica del neurólogo Sigmund Freud, a principios del siglo XX, se enriquecieron los conocimientos de la Psiquiatría y cambiaron el enfoque de la misma. La atención se dirigió hacia los procesos en el interior de la mente individual, y el psicoanálisis se convirtió en el método preferido de tratamiento de la mayoría de los trastornos mentales, siendo aún hoy uno de los más utilizados en nuestro país. Con el surgimiento de esta teoría

se inició la disputa del saber creando así la pregunta si las cuestiones de la locura se debían a causas biológicas o psíquicas. Respuesta aún desconocida.

Es en ese momento cuando se comenzó a abrir el campo de intervención y aparecieron los cuestionamientos que se le realizaron a la Psiquiatría clásica; surgiendo así diferentes movimientos reformistas después de la Segunda Guerra Mundial.

Paulo Amarante, citando a Birman y a Costa, plantea que existieron dos grandes períodos en los cuales se revisa la práctica psiquiátrica. El primero es el que se refiere a la estructura asilar en donde se cronificaban a los que estaban internados. En esta etapa todavía se creía que el manicomio era una “institución de cura”. Estos movimientos se realizaron desde el interior de las instituciones hacia el afuera. Algunos de los que se pueden mencionar son: las comunidades terapéuticas en Inglaterra y Estados Unidos y el de Psicoterapia Institucional realizado en Francia que luego dieron lugar a las Terapias de Familia. En el segundo período apareció la Psiquiatría como espacio público que prevenía y promocionaba la salud mental. Estas son las experiencias de Psiquiatría de sector en Francia y la Psiquiatría comunitaria o preventiva de Estados Unidos.

A comienzos de ese siglo (siglo XX) se crearon las comunidades terapéuticas.

“El término... viene a caracterizar un proceso de reformas institucionales predominantemente restrictas al hospital psiquiátrico y marcadas por la adopción de medidas administrativas democráticas, participativas y colectivas, objetivando la transformación de la dinámica institucional asilar.”^{xxiii}

Una de las propuestas para cambiar este espacio de internación en condiciones de extrema precariedad fue la de la terapéutica activa o terapia ocupacional. Propusieron al trabajo como forma de estar relacionado a lo social. Otra propuesta (1950) fue la de Maxwell Jones con la organización de los grupos de discusión y de actividades donde el paciente era colocado en una posición de aprender por sus propios medios a superar las dificultades con ayuda de otros. De esta manera, en Inglaterra se comenzó a pensar en tratar algunos pacientes fuera del hospital y además otorgarle un trabajo para que realicen. Ya no todos tenían que estar en los manicomios. Toda la comunidad era parte del tratamiento

de ese paciente, inclusive éste. En este caso el poder ya no quedaba condensado en una sola figura sino que cada uno de los que integraban la comunidad tenía un rol y actuaba desde él para favorecer a todo el equipo.

Otro intento de reformar las condiciones en las que estaban los establecimientos dedicados a la cura de los enfermos mentales fue la Psicología Institucional. Este fue un movimiento que surgió desde Francia y consideró que el hospital psiquiátrico fue desviándose de su finalidad volviéndose un lugar en donde reinaba la violencia y la represión. Es así que se proponían revisar cuales eran las características que enfermaba a la institución para tratar de cambiarlas. De esta manera se introdujeron otras prácticas como por ejemplo el psicoanálisis.

En un segundo período aparecieron otros movimientos entre los que se encontraba la Psiquiatría de sector. Con ella surgió la idea de llevar esta práctica a toda la población evitando el asilamiento del enfermo. Proponía trabajar en relación a todos los ámbitos en los que se encontraba inmerso el paciente ya sea dentro de su ámbito social o, si necesitaba el hospital, sería una internación lo más corta posible. En los años 60 fue incorporada como política oficial en Francia.

La Psiquiatría preventiva o comunitaria tiene su origen en Estados Unidos proponiendo ser la tercera revolución psiquiátrica después de considerar la de Pinel y la de Freud ya que intervenía en las causas y en el surgimiento de las enfermedades mentales. De esta manera trabajaba en el campo de la prevención y de la promoción. Esto da lugar al nuevo objeto de estudio: la salud mental. Con esto, la Psiquiatría debió cambiar la manera en la que consideraba a la salud mental desde el paradigma médico biologista y se vio obligada a buscar teorías no médicas para construir una nueva Psiquiatría. En este momento se comenzó a entender al sujeto como bio-psico-social ya que el aporte de disciplinas como la Sociología, la Psicología, la Antropología entre otras, así lo fueron construyendo. Es así que se puede hablar del surgimiento de un nuevo objeto de estudio entendido como salud mental al cual se lo trata en un ámbito colectivo con equipos comunitarios en su propio ámbito social. Los trabajadores que adhieren a este movimiento pensaban a la internación como facilitadora o causante de la pérdida de los lazos comunitarios, familiares, sociales y culturales que conducían a la cronificación y al hospitalismo. Debido a esto, se deben crear instancias

extrahospitalarias como: los centro de salud mental, hospitales de día y de noche, talleres protegidos, casas de abrigo, internaciones psiquiátricas en hospitales generales. Además, propuestas en donde ampliar el trabajo a equipos conformados por distintas disciplinas.

En los años 60 surgió el movimiento de antipsiquiatría que procuró romper con el asistencialismo buscando destituir el valor del saber médico de la explicación y tratamiento de las enfermedades. De esta forma nació otro proyecto de comunidad terapéutica y un lugar donde interrogar el saber psiquiátrico ya desde otras perspectivas. Proponía desmembrar el ideal de paciente como enfermo mental, dependiente e inválido que planteaba la estructura hospitalaria. Buscaba a la locura no dentro del hombre sino entre ellos. El método que presentaba tenía que ver con el análisis del discurso del paciente por medio de la metanoia^{xxiv} y no con tratamientos químicos. Denunciaron el tratamiento de los enfermos mentales severos por medio de procedimientos que implicaban la privación de la libertad y las prácticas violentas que atentaban contra la integridad del paciente.

Por estos mismos años (1960-1970), el médico psiquiatra Franco Basaglia se proponía humanizar un hospital en Italia. Al experiencia se llevo a cabo durante 1961 y 1962 donde modificó el nombrado manicomio influenciado por Michel Foucault y Erving Goffman. Tomó el modelo de comunidad terapéutica para instaurar una crisis interna en la institución que posibilite luego conectarse con el afuera. Pretendía trabajar en la comunidad y en las relaciones que establecía el loco para deconstruir el dispositivo de tutela, exclusión y peligrosidad creado hasta el momento.

Algunos de estos movimientos permanecen gestándose en el presente.

Actualmente,

“la locura como tal sigue configurando en su rostro visible una misma identidad, entre encierro compulsivo y los síntomas de la enfermedad. Los “pequeños monstruos”, como hemos denominado a estos pacientes institucionalizados, no son productos de su enfermedad sino de su largo encierro y de las condiciones que impone la institución total que es el manicomio”^{xxv}

La que se expone a continuación es una experiencia más de las que

intenta romper con el pensamiento del imaginario social que el “loco” tiene que estar encerrado. Claro que, se pueden citar muchas otras intervenciones tanto en nuestro país como en países vecinos.

“... nunca se está cierto de no estar loco: ¿No recordamos cuántas contradicciones hemos sentido en nuestro juicio?”^{xxvi}

Capítulo III



De la institución

El presente escrito se realiza con el fin de analizar una experiencia de trabajo que se lleva a cabo actualmente en una institución de salud mental de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina durante los años 2008/09. El breve recorrido por diferentes *lugares de encierro* hacen que comencemos a pensar en traspasar los límites edilicios de la institución para seguir trabajando.

Cabe aclarar, que si bien todo lo que aquí se plantea es analizado en el marco de esta institución, no están exentas muchas otras. Sin embargo, no en todas existe una apertura tanto por parte de los profesionales del lugar como de la institución para que se puedan llevar a cabo estas intervenciones.

Recorrido histórico de la institución donde se desarrolla esta experiencia

La institución a la cual me refiero en esta tesis ha experimentado algunos de los cambios que se produjeron en el país y en las formas de pensar la salud.

En el momento de su fundación, se localizaba en las afueras de la ciudad, alejada de la misma como todas las entidades de éstas características. Aunque en un primer momento dicho establecimiento funcionaba como lugar de descanso y luego con el surgimiento de los convenios con las obras sociales se transforma en un manicomio. Los pacientes internados se encontraban no sólo aislados de la sociedad sino que, en muchos casos, su reclusión se circunscribía a un dormitorio dentro de un pabellón. Su vida circulaba en relación a esa pieza donde comían y dormían y en relación a ese pabellón donde estaban con otras personas que pasaban a ser las únicas con las cuales compartir algo.

Estas cuestiones fueron cambiando con el correr del tiempo y gracias a algunas de las condiciones históricas mencionadas en el capítulo anterior.

Actualmente sólo un pabellón se denomina semi-cerrado, es decir, que en él algunos pacientes pueden salir, dependiendo de la decisión de los enfermeros a cargo. Sin embargo, a pesar de que en general aparece una mayor flexibilidad en cuanto a la circulación de los pacientes por toda la institución, hay aún algunas excepciones en donde deben permanecer en sus pabellones o habitaciones.

Por otra parte, algunos tiene la posibilidad de salir a la calle y realizar otras actividades manteniendo así el contacto con la sociedad, aunque son los menos.

Respecto a los cambios que sufrió la institución con respecto a nuestra profesión, puedo decir que según informes que se encuentran en ella, existió un Departamento de Musicoterapia que funcionaba con tres profesionales del área. El mismo tuvo lugar desde 1995 hasta abril de 2000, integrado por la Lic. en Musicoterapia María José Bennardis como Jefa del Departamento, la Lic. en Musicoterapia Daniela Gianoni como Coordinadora del Dispositivo de Externación, un musicoterapeuta y dos residentes más. Luego, el espacio se disolvió y sus miembros se retiraron.

A partir de septiembre de 2000 y hasta septiembre de 2005 se sucedieron varios musicoterapeutas sin lograr continuidad en este espacio. Recién, desde los primeros días de marzo de 2006, se abre nuevamente el espacio de Musicoterapia; el que es coordinado por tres musicoterapeutas, Marina Amesgaray, Iván Fernández y quien escribe. Trabajamos de este modo hasta agosto de 2007, momento en que queda solamente a mi cargo y comienzan a construirse otros espacios, los cuales se describen y analizan en esta tesis.

Este nosocomio *“tiene como finalidad la de atender a personas con problemas psiquiátricos agudos y crónicos ya sean estos graves o menores”*, según lo especifica su archivo institucional. Para ello ofrece diferentes dispositivos tales como Internación, Hospital de día y Consultorios externos para llevar a cabo tratamientos ambulatorios.

El trabajo que aquí se desarrolla se circunscribe a la parte de internación en donde se encuentran diferentes áreas de trabajo:

- + Área Médica: Psiquiatría
Neurología
Cardiología
- + Área de Psicología: Consultorio externo y psicoterapia individual
- + Área de terapias contextuales: Talleres de psicología
Terapia Ocupacional
Musicoterapia

La división en diferentes áreas no es meramente una forma de análisis sino que implica una división del trabajo. Con este proyecto se intenta lograr una interacción, interrelación, planeamiento y puesta en marcha de estrategias comunes entre los profesionales que las integran.

Surgimiento y avatares del espacio de Musicoterapia

En el recorrido histórico del espacio de Musicoterapia, se rescatan experiencias anteriores que actúan como condición de producción para las prácticas actuales.

Los archivos institucionales ayudarán a replantearse las intervenciones y preguntarse por estrategias futuras. El Departamento de Musicoterapia que coordinaba la Lic. María José Bennardis tenía a su cargo diferentes áreas de intervención como:

- *clínica*, dentro de la cual se encontraba la parte de Internación, Hospital de día, Consultorio externo, Externación y Talleres en co-terapia.
- de *formación*, que comprendía la Residencia de Musicoterapia: Especialidad clínica en Salud Mental, prácticas clínicas de la Licenciatura en Musicoterapia - Facultad de Psicología - Universidad Abierta Interamericana y grupos operativos para personal de enfermería.
- de *investigación*, que implicaba la preparación y presentación de trabajos en congresos afines.

En esta tesis, se destacará la parte de la externación citando a parte del archivo institucional.

“Externación:

Como parte del proyecto de externación, en particular, desde la Musicoterapia, se trabaja en la de-construcción_construcción de vínculos y relaciones que posibiliten poner en juego distintas formas de re-elaborar y re-crear su propio lugar en la sociedad.

Modalidad:

- *Pre-alta: tratamientos individuales*
tratamientos grupales
- *Alta: tratamientos individuales*
tratamientos grupales
- *Post-alta: tratamientos individuales*
tratamientos grupales

Se integra un equipo - médico psiquiatra, trabajador social, musicoterapeuta- desde donde se realiza un seguimiento del proceso de externación con la familia y el paciente^{xxvii}.

En el archivo de la institución, el Departamento de Musicoterapia, Rosario 1999 establecía como posicionamiento desde esta disciplina las siguientes ideas que son compatible con el proyecto actual.

“La Musicoterapia(...) Concibe al arte como discurso que expresa aspectos de lo humano no expresables verbalmente.

Prioriza como material de estos discursos al **sonido**, al **cuerpo**, al **movimiento** y sus **organizaciones** en tanto discurso.

*La Musicoterapia investiga las **Condiciones de Producción** de discurso que hacen diferentes sujetos(...)*

Ese discurso tiene **huellas, marcas** (...) que son las distintas **emociones, sensaciones que atravesaron al sujeto en su constitución como tal y lo condicionan** a generar ese u otros discursos.

La movilización de emociones, sensaciones del sujeto, conlleva a desarrollar la expresión de las mismas (...)

El Musicoterapeuta, actuando en reconocimiento, puede acompañar al paciente en la elección que intente hacer de aquello que mantenga, mejore su

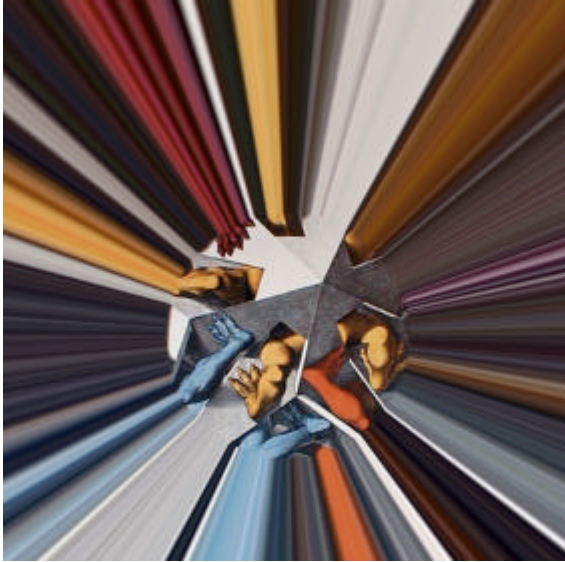
*calidad de vida; **abrir todas las estéticas que sea posible** para que sean transitadas por el sufriente y **acompañarlo en su tarea de elección.**”^{xxviii}*

Actualmente, el mismo comienza a desarrollarse en el espacio de Musicoterapia que trasciende los límites de la institución para intervenir en el barrio, en la comunidad en la que se inserta. Parte de **mirar-escuchar-intervenir-habilitar** al sujeto que experimenta con materia sonoro-corporal, la organiza de determinada manera y le otorga sentidos, en el taller de Musicoterapia. Estas formas que se muestran, se trasladan a otros espacios institucionales como son otros talleres, eventos, lugares físicos como el comedor, el pabellón, su dormitorio.

En este antecedente citado, (proyecto de externación 1999) este es un trabajo en común de diferentes disciplinas.

Además del trabajo intrainstitucional intervenimos en el barrio creando el proyecto que denominamos “Salidas Terapéuticas”. Transcurrido un tiempo, comenzamos a relacionarnos con otras instituciones y organismos como la Secretaría de Promoción Comunitaria de la Municipalidad de Rosario ampliando aún más el contexto en donde intervenir. En esta última instancia se siguen abriendo posibilidades. Primero, el Proyecto de “Feria Artesanal” y ahora continuamos con cursos de aprendizaje de productos artesanales dictado por capacitadores de la Municipalidad de Rosario.

Capítulo IV



Acerca de la experiencia

“Más allá de las singularidades que tiene toda historia personal, es la de uno más de los miles de personas que habitan en nuestro país estos lugares de encierro; sus marcas comunes, visibles en el cuerpo y en los gestos de este joven, son la presencia del orden y la autoridad institucional, los rasgos del poder correccional con el que se trata de curar, el drama encerrado en su intimidad de una vida que el poder institucional no puede escuchar y sólo trata de acallar asimilándola a su dispositivo institucional.”^{xxix}

Como ya se ha mencionado, a partir de marzo de 2006, después de algún tiempo en donde el espacio de Musicoterapia parecía haber desaparecido, se comenzó a gestar con tres musicoterapeutas. Funcionó de esta manera hasta julio de 2007. Ya en este momento se vislumbraba la idea de no recortar el

trabajo al espacio del taller únicamente.

El “taller de Musicoterapia”, denominado así institucionalmente, se realizaba una vez por semana los días martes por la mañana en un lugar denominado “el quincho”. (Información aportada por la Jefa del Servicio de Musicoterapia -1999).

Sobre el taller de Musicoterapia y otros espacios

“Es un espacio donde cada sujeto que asiste tiene la posibilidad de vivenciar el arte a través de su cuerpo, de sus creaciones musicales, de sus producciones individuales y grupales. El arte proporciona la oportunidad de explorar el entorno, inventar, probar, descubrir, crear(...)

Entendemos que pensar un espacio grupal, donde el establecimiento de vínculos dé lugar a la investigación de formas de relacionarse y de producir discurso, con el manejo de los materiales propios de la Musicoterapia, constituye una variante original dentro de la institución que puede proponer a los asistentes nuevas líneas de deriva. El espacio invita a que se experimente con diferentes materiales dando así, lugar a la creatividad.

Pensar estos espacios compartidos implica trabajar en equipo sobre planificaciones abiertas y flexibles, donde cada sujeto tenga la libertad de elegir con qué materiales trabajar y cómo hacerlo teniendo en cuenta normas que condicionarán el espacio, propuestas por los mismos integrantes.

Apuntamos, además, a tejer pequeñas redes con el personal que considere factible e interesante el hecho de trabajar en equipo. Para ello es que se continuará con las reuniones entre profesionales del área contextuales intentando que esta se abra a la participación de otros profesionales^{xxx}. (Ver anexo I)

El taller de Musicoterapia al que asistían entre diez y doce personas estaba conformado por algunas más que no asistían con regularidad. Al comienzo se fueron gestando las reglas de encuadre, las posibilidades que brindaba el espacio, entre otras. Se trabajaba a partir de puestas en escena, utilización del micrófono, exploración de los instrumentos musicales, las

relaciones interpersonales. Los que asistían, cada vez eran más partícipes del espacio, realizaban propuestas, comentarios, exponía inquietudes, problemas. Los materiales con los cuales trabajábamos eran instrumentos musicales, equipo de música, micrófono.

Antes de comenzar el taller preparábamos el espacio. El quincho, tenía mesas largas y bancos alrededor, todo vidriado; corríamos las mesas hacia los costados y colocábamos los bancos en círculo o semicírculo. Luego buscábamos los instrumentos, que en ese momento se guardaban en Hospital de día, y recorríamos los pabellones invitando a diferentes pacientes. Este camino muchas veces lo hacíamos con alguno de ellos que quería acompañarnos. De esta manera se inició nuestra intervención de socialización. Anteriormente, no se permitía a pacientes de otro pabellón ingresar a uno que no le correspondía y de esa manera lentamente íbamos rompiendo con las barreras institucionales de exclusión.

En un primer momento, notamos que muchos no se conocían y que a lo mejor compartían el pabellón o el comedor pero no sabían ni siquiera el nombre de su compañero/a. Se percibía el aislamiento, en términos específicos del espacio de Musicoterapia, las producciones tenían una textura de independencia sin registro de la del otro y tampoco la de uno mismo.

Comenzamos a trabajar dentro del taller con propuestas abiertas. Esto marcó una diferencia con los demás espacios grupales. Se podría decir que la forma de operar de los pacientes respondía y aún responde por momentos, a la obediencia de diferentes órdenes, consignas y pautas. Dentro del taller de Musicoterapia se abrió el espacio a la escucha y a la posibilidad que el otro tome o no las consignas, las modifique o tal vez, realice otras propuestas. Después del trabajo de invitar, todos los días que se desarrollaba el taller, pabellón por pabellón, paciente por paciente y conformar el espacio entre todos, se fueron modificando las formas de producción del grupo.

En un primer momento, cada uno tomaba un instrumento, lo exploraba y lo mostraba al grupo. Luego se incorporaron pequeñas instancias grupales con instrumentos. Seguidamente, trabajos con la voz de manera individual propiciando una puesta en escena, simulando un escenario para trabajar la escucha. Además, se grabaron algunas producciones y esto dio lugar a poder escuchar y escucharse de otra manera, favoreciendo la toma de registro de la

creación de cada uno, de los otros y de todos. Se continuó con pequeños grupos en donde tenían que armar una producción grupal corta para mostrar a los demás. De esta manera, se fueron trabajando diferentes ejes como la escucha, la producción individual y la grupal, el reconocimiento de ambas, la posibilidad de proponer consignas ya sean verbales o sonoro-corporales. A medida que pasaban los días se fueron construyendo nuevas formas para el taller de Musicoterapia y para cada uno de sus integrantes.

Las creaciones, que en un principio se mostraban en relación de independencia dentro del grupo, manifestaban, por momentos, instancias de complementariedad y de subordinación. Ya estas cuestiones que empezaban a gestarse en este taller salían de su espacio y se trasladaban, muy lentamente, hacia la cotidianeidad. Esto es, por un lado, a partir de analizar los diferentes discursos de cada uno de los integrantes del grupo dentro de la red discursiva institucional. Y por el otro, proponer instancias de reconocimiento de las huellas que los constituyen. Es así que comenzamos a indagar en otra red discursiva un poco más amplia, la social.

Estos cambios en el espacio (tanto los del taller de Musicoterapia como de los demás talleres y la gestación de un equipo de profesionales) permitieron pensar en otros espacios para trabajar desde la Musicoterapia. El taller continúa el mismo día y a la misma hora y se instauraron instancias individuales dentro de los pabellones con aquellas personas que, por diferentes causas, no se les permitía o no les era posible salir de allí.

Desde setiembre de ese mismo año, junto con la terapeuta ocupacional empezamos a pensar un proyecto de salidas de la institución con un grupo de personas residentes en este lugar. Es a partir de aquí que podemos decir que no sólo se tejen redes sociales entre los pacientes sino que, en otro nivel, los profesionales iniciamos espacios comunes para trabajar en equipo. Surgieron reuniones que, en un primer momento, eran de contenido meramente organizativo y luego comenzaron a ahondar en la tarea específica de cada uno de los profesionales y en la idea de armar espacios conjuntos.

De esta manera, uno de los primeros proyectos en común fue el nombrado institucionalmente como: "Salidas Terapéuticas". Éste, se inició con la idea de construir lazos con la sociedad (que en muchos de los casos se fueron perdiendo), fortaleciendo los hábitos personales, favoreciendo la comunicación

con personas que viven en ese barrio, conociendo la zona en donde habitan, entre otros. Luego, mutó a ser un intento de espacio que sirviera para el proceso de externación.

A través de este trabajo, se ampliaron los objetivos planteados inicialmente ya que apuntamos a la externación de pacientes de internación de larga data. Es un espacio de intersección entre el llamado “adentro” y el “afuera”. En realidad actúa como facilitador para que esas fronteras que parecen tan tajantes se suavicen y aparezcan nuevos lugares donde habitar.

“Salidas Terapéuticas” (ver anexo II proyecto completo) fue pensado a partir del trabajo realizado durante casi dos años y surgió para acompañar a personas que se encontraban internadas dentro de la institución para que pudieran insertarse en la sociedad de una manera elegida por ellos mismos. En él observamos que la mayoría de los pacientes que residen en el lugar desde hace bastante tiempo perdieron la participación en las actividades de la vida cotidiana dentro de la sociedad en donde vivimos o no tiene las condiciones familiares o barriales propicias para insertarse nuevamente en su comunidad. Por este motivo, mediante este proyecto proponemos que un grupo reducido de personas comience a acercarse nuevamente a estas actividades sociales, acompañándolos.

Uno de los objetivos planteados es el de ayudar a cada uno de los integrantes a que experimenten transitar espacios nuevos, recorrer el barrio en el que se encuentran, acercarse a otras personas, habitar los espacios sociales que brinda nuestra comunidad para que se amplíen las posibilidades de su calidad de vida. Pero, no se reduce a trabajar en las cuestiones sociales. El objetivo principal es que actúe como instancia previa a la externación de alguien, es decir que, se acompañe al sujeto a *“recuperar su libertad”*, al decir de uno de los pacientes.

En la primera etapa de este proyecto se presentó brevemente la propuesta terapéutica con el equipo de profesionales de la institución mencionada, formado por: médicos psiquiatras, médicos de guardia, psicólogos, terapeuta ocupacional, terapeuta corporal, enfermeros y musicoterapeuta. Con algunos de ellos se aunaron criterios terapéuticos y algunas estrategias de intervención para con los pacientes. Luego, se entrevistaron a aquellos que estaban en condiciones de poder reinsertarse en la sociedad pero que, por diferentes cuestiones no podían

hacerlo por sí solos. Con ellos conformamos un grupo de dieciséis personas.

En la primera reunión con el grupo seleccionado para llevar a cabo esta experiencia, presentamos la propuesta e indagamos acerca de los intereses de cada uno de los integrantes y de su opinión frente al proyecto. Ya en esta instancia nos encontramos con un problema: varios de los pacientes manifestaban estar bien y no querer saber nada con salir de ahí. Luego indagando un poco más en las reuniones sucesivas que armamos, surgieron diferentes cuestiones. Sus comentarios fueron: *“A mi el médico no me deja salir”*, *“si el médico me dice que lo haga, sí”*, *“Yo no necesito salir tengo todo acá”*, *“Si me pasa algo, ¿qué hago?”*, *“Yo una vez que salí, después no sabía como volver”*. A pesar de esto, la terapeuta ocupacional y quien escribe, decidimos igualmente realizar la primera salida con los pacientes que ya estaban decididos a ser partícipes de este proyecto.

En el segundo encuentro dividimos al grupo completo según criterios terapéuticos (Consultar proyecto “Salidas Terapéuticas”) y teniendo en cuenta las afinidades personales entre ellos, para que la práctica se desarrolle de manera más fluida. Quedaron conformados cuatro subgrupos para realizar las salidas. En este mismo día se estableció un cronograma con las fechas, los horarios y las posibles actividades.

Pasadas unas semanas se realizó la primera salida con el primer grupo y a la siguiente, con todos los integrantes del proyecto, se retrabajaron las dificultades que aparecieron y las cuestiones a tener en cuenta en la próxima (elementos personales que hay que llevar, como vestirse según el lugar donde vamos, modales, higiene y otras consideraciones que surgían en los diferentes encuentros). Las salidas se realizan cada quince días y en los demás días se retrabajan en reuniones con el grupo entero. Posteriormente a esto existen otras entre las terapeutas que interveníamos en este espacio. En estas últimas, (terapeuta ocupacional y musicoterapeuta) analizamos el desempeño grupal y el de cada uno en particular, las situaciones significativas, las conductas, actitudes, relaciones con los compañeros, con las terapeutas y con la gente que se encontraban, la forma de dirigirse, entre otras. También elaboramos estrategias de intervención para los encuentros futuros.

Después de realizar varias salidas se pudo vislumbrar que las formas de relación que se mostraban en el taller de Musicoterapia eran análogas a las

observadas en las salidas y en el taller de Terapia Ocupacional. El proyecto continuó y continúa ampliando el grupo de pacientes y pensando estrategias nuevas de intervención, además de los tratamientos con el médico, el psicólogo, la terapeuta ocupacional y la musicoterapeuta. En cada uno de los discursos de los pacientes comenzaron a cruzarse otros nuevos, que habilitaron a que se corrieran aunque sea por momentos, de la posición de esperar algo, de paciente.

Un tiempo antes de pensar este proyecto el intercambio con enfermeros y médicos era escaso en términos cuantitativos. A partir de esto se fortalecieron las relaciones entre los profesionales lo que nos permitió poder trabajar las pequeñas cosas en equipo. Los días de salidas ya estaban instaurados dentro del psiquiátrico. Las enfermeras ayudan a las personas que van a ir a que se bañen, arreglen y estén listas para tal fin. El médico de guardia otorga el permiso correspondiente. Los integrantes del grupo se preparan durante la semana comentando quienes van a salir, a donde van a ir, con quien. Además de los intercambios entre profesionales se abrió un espacio de charlas en relación a las salidas que antes no existía. En ellas se reencuentran personas que se cambiaron de pabellón y no se volvieron a ver y charlas con otras que nunca hicieron.

Transcurrido un año del comienzo de este proyecto y habiendo concurrido con diferentes grupos a dos lugares distintos elegidos por ellos, el presupuesto económico comenzaba a ser un problema. Las preguntas y comentarios eran: *“¿quién paga las salidas que nosotros realizamos?”*, *“nosotros no tenemos plata, nos gustaría hacer tal cosa pero ¿quien nos da el dinero?”* Debido a esto, en una de las reuniones después de una de las salidas, pensamos qué se podría hacer para tener fondos y que se siga manteniendo el proyecto. Se sucedieron diferentes ideas entre las cuales surgió la propuesta de realizar una feria de artesanías para recaudar fondos. De esta manera nos pusimos en marcha para llevarlo a cabo. Respecto a los objetos que se podían hacer y vender surgieron: anotadores, cuadros, llamadores de ángeles, palos de lluvia, flautas, portalápices, portamaletas, imanes, souvenirs en yeso y otros productos más. Se buscaron los elementos e intervinieron otras personas como algunos familiares, el personal de mantenimiento, administrativos. Colaboraron trayendo telas, lanas, maderas, entre otros materiales. Así, personas que no asistían a los talleres (Ver anexo III), comienzan a hacerlo. De esta forma, el proyecto de salidas dio lugar a un

emprendimiento social y además a un trabajo en la comunidad. Mientras se iban realizando las artesanías se pensaba en qué lugar las podíamos vender.

Es así que se realiza un trabajo conjunto con la Secretaría de Promoción Comunitaria de la Municipalidad de Rosario integrando el “Programa de Producciones Artesanales” (ver anexo IV).

En esta instancia, también tenemos en cuenta, la manera de mirar-escuchar-intervenir-habilitar al otro, ya mencionada anteriormente.

Este nuevo proyecto, se insertó entonces en la Feria que organiza la Municipalidad de Rosario en el mes de julio de 2008 luego de haber trabajado en equipo durante más de cuatro meses. Se llevaron a cabo entrevistas con los familiares de los pacientes que asistían a la feria, también con los médicos tratantes para intercambiar ideas sobre ellos, contacto con las psicólogas de cada uno, charlas con enfermeros de los turnos mañana y tarde para acordar un trabajo conjunto, principalmente el día de la salida. Además, se realizaron reuniones de equipo para establecer los diferentes grupos teniendo en cuenta sus posibilidades y preferencias individuales.

Iniciamos el trabajo con un grupo reducido de pacientes que luego se fue ampliando; surgieron otras intervenciones institucionales, se incorporaron nuevos profesionales y pacientes al proyecto y fue mutando la idea de lo que sucedía en y con esta experiencia; ya no era sólo “el paseo a la feria”.

Nuestras ventas comenzaron en una plaza y compartimos el proyecto con otras personas con las cuales no había contacto. Pudimos mostrar algo de lo que realizábamos en los talleres, tener nuestro puesto, ofrecer nuestros productos, observar qué artesanías tenían los demás, entablar relaciones con nuestros posibles clientes, observar los precios de las artesanías para saber cuánto podían costar las nuestras. Esto favoreció el contacto con el afuera y además de ser un emprendimiento social sirvió para revisar el concepto de sujeto que cada uno de los pacientes tenía de sí mismo. Al principio, al vender las artesanías decían *“cómprenos algo que somos pacientes de...”* Luego, al conocer que en los demás puestos de la feria no había pacientes de institución alguna, escuchar las historias y ver los trabajos de los artesanos, los llevó a poder revisar esa frase y cambiar el discurso de venta, a valorar las artesanías que hacen comprando algunos de los materiales, sacar costos y pensar en el tiempo que les lleva realizar el producto. Empiezan a revalorizar su trabajo, a poder pensarse de otra

manera, ya no solo como pacientes sino en algunos momentos como artesanos. Dejan de esperar las órdenes del otro, llámese institución, médico o en este caso del terapeuta. Comienzan a tomar decisiones solos y resuelven los problemas que se les presentan en la feria como por ejemplo cuánto cobrar, cuánto dinero dar de vuelto, si se puede bajar el precio de algún producto, cómo presentar la mercadería, qué cosas nuevas se pueden hacer, cuáles son los más vendidos, cuáles hay que reponer, entre otras cuestiones que surgen de las vivencias diarias.

El grupo de paciente y de profesionales se amplían cada vez. Al cabo de unos meses esta experiencia es tomada como instancia previa al alta de algunos pacientes. Los psiquiatras, que generalmente son los que las deciden, empiezan a considerar que el trabajo propuesto podía ser una preparación para el alta. Luego de la intervención mencionada se comienza a otorgar a otros pacientes ciertos permisos de salida de la institución para que puedan realizar compras personales y pasear un rato. Con el correr del tiempo, y gracias a los trabajos que intentamos sostener entre varios profesionales, esta experiencia se va convirtiendo en una posibilidad hacia la externación. Fue un disparador o solo una punta para un pensar en equipo a un paciente que no vive aislado sino que es en un contexto, que tiene una familia, que vive en una sociedad. En enero de 2009 surge otro proyecto manteniendo esta forma de trabajo que se denomina “Grupo de apoyo terapéutico para familiares” coordinado por dos psicólogas. En él se trabaja un acercamiento de la familia hacia el paciente, hacia la institución. Por otro lado también se tiene en cuenta de qué manera influyó en su seno tener a un integrante internado en un nosocomio de salud mental, y cómo viven su enfermedad.

En el proyecto institucional se establece que:

“La importancia del grupo de apoyo con los familiares de los pacientes radica en la posibilidad de ampliar la estrategia terapéutica brindándoles herramientas que faciliten el posterior trabajo de reinserción de las personas enfermas a sus ámbitos, a la vez que permite fortalecer el vínculo existente entre ambas partes otorgando sostén emocional a quienes deben actuar como cuidadores.”^{XXI}

Al principio asistían muy pocos familiares a dichas reuniones y después de

un tiempo se fueron sumando cada vez más. El trabajo que se realiza dentro de este proyecto favorece la relación entre ellos y el paciente y acrecienta las posibilidades del interno que muchas veces no son consideradas tanto por parte de la institución como por su círculo primario. Algunos familiares de residentes de larga data de internación, comienzan a salir a pasear con ellos.

Continuamos, como equipo, abriendo la mirada hacia lo institucional y hacia el contexto.

Además se crea otro espacio en donde cada uno de los que asisten a los talleres pueden hacer uso de un cuaderno de quejas. Este libro está a disposición de ellos para escribir comentarios sobre lo que no están de acuerdo tanto en la institución como en su vida cotidiana y sugerencias para modificarlo. Al principio esta propuesta fue rechazada por los pacientes porque decían *“mirá si después nos hacen algo”, “después nos van a tratar mal”*. El no saber que iba a pasar con ese cuaderno no invitaba a escribirlo. Con el correr de los días y en los debates que se dan en algunos de los talleres, como por ejemplo en el retrabajo de las salidas, comenzaron las quejas y las propuestas. Las primeras tenían que ver con las necesidades básicas, alimentación, higiene, vestimenta. Se referían a por qué no poder tomar mates cuando ellos quieren, poder bañarse cuando quieren y solos, entre otros comentarios. Luego aparecieron otras ideas como el tema de la libertad.

En uno de los encuentros, pacientes que nunca participaban de los talleres, se involucraron en la charla que se había dado al final el taller de Musicoterapia (forma descripta en el comienzo de este capítulo). Todo surgió en el momento en que pregunté si alguien quería decir algo y uno de los asistentes, que no frecuentaba los talleres pero que hacía un tiempo atrás había comenzado a participar de éste dijo: *“Acá es el único lugar donde tenemos libertad”*. Luego de este relato, se acercaron otros que estaban circulando por el espacio y allí devino un debate. Surgieron las siguientes comentarios:

“Yo me encuentro en libertad limitada y debo reconocer que estoy muy bien tratada” (Neli)

“Quiero, libertad, quiero salir de acá adentro” (Darío)

“Libertad significa el que se porta mal adentro, el que se porta bien afuera”

(Rubén)

“Estamos encerrados, no nos dejan hacer nada. Nos dicen todo lo que tenemos que hacer, no tenemos libertad”. (Ricardo)

“Nos van matando de a poco” (Guillermo)

“Nos van apagando la vida” (Mirta)

“Los permisos de salida nos devuelven un poquito la libertad”. (Ricardo)

“Acá controlan desde un alfiler hasta todo lo que hacemos”. (Omar)

“No podemos decidir nada. Ni cuando queremos bañarnos, ni cuando queremos tomar mates, ni lo que vemos por televisión, ni a que hora nos vamos a dormir, ni cuando nos levantamos. No decidimos por nosotros”. (Omar)

“Los enfermos están adentro y los sanos afuera.” (Fernando)

“Me siento preso, no me dejan hacer lo que quiero”. (Santiago)

Después de estos comentarios en donde hablaban y se contestaban entre ellos intervine y pregunté

- *“cómo se les ocurre a ustedes que algunas de estas cosas se podrían modificar”.*

- *“nosotros no podemos hacer nada, ustedes tiene que hacer algo”.*
(Ustedes se refiere a las terapeutas).

- *“¿y por qué nosotros?”*

- *“Porque a ustedes las escuchan”*

El encuentro finalizó aquí porque llegó el camioncito de la comida y todos decidieron irse pero acordamos que cada uno iba a pensar qué podíamos hacer para resolver este problema.

En el encuentro siguiente, surgieron diferentes ideas como las de tener un jabón para poder lavarse las manos, guardar un cepillo de dientes para cada uno y ciertos objetos personales en el quincho como así también, implementar un cuaderno de notas, ventas y gastos para la feria que sirva para rendición de cuentas.

Por otro lado, como equipo seguimos pensando nuevas intervenciones en el contexto, entonces creamos un nuevo proyecto “Cursos de producción artesanal” coordinado por una Terapeuta Ocupacional.

En el archivo institucional se estable que:

“Los cursos a los que se concurrirá están dirigidos al público en general lo cual genera un desafío importante a nivel relacional para aquellos pacientes que asistan a ellos. Su finalidad será la enseñanza de técnicas simples, económicas cuyo producto final sea vendible. Para nuestro grupo, dicho curso representa, además la posibilidad de reproducir lo aprendido en el curso, en las horas de taller ya que uno de los objetivos terapéuticos de este proyecto es, no solo el aprendizaje de una técnica por parte de un grupo selecto, sino la divulgación entre quienes no tienen la posibilidad de salir de la institución”... “Además se abordan, todos aquellos aspectos que hacen al aseo e higiene personal ya que la limpieza y el aspecto exterior son nuestra carta de presentación, de esto dependerá la primera reacción de quienes serán nuestros compañeros de curso”^{xxxii}.

Todos estos proyectos ayudan a crear instancias de externación que no dejen abandonado al paciente, que no se los expulse de la institución sino que se puedan construir relaciones con el “afuera”.

Desde cada uno de estos espacios y con un trabajo en equipo podemos pensar en intervenciones que intenten no aislar al paciente sino integrarlo.

Capítulo V

El hombre se encontraba a merced de la serpiente.



A modo de compendio

Estos proyectos comenzaron interviniendo en el ámbito intrainstitucional abriendo otras posibilidades de trabajo con los pacientes, otras formas de considerar al sujeto institucionalizado y de pensarse a si mismo como sujeto internado. En otras palabras, otras formas de devenir sujeto en este mundo. Además de producir ciertas grietas en lo congelado de los discursos allí presentes, estos movimientos se fueron trasladando fuera de la institución y es así como se crearon redes con otras de la misma comunidad.

Desde el espacio de Musicoterapia y particularmente desde este proyecto de externación, se intenta abrir el campo de posibilidades que tiene cada uno de los sujetos que participan en ellos, facilitando un ámbito en donde puedan decir y hacer con libertad, hagan uso de sus propios derechos y principalmente, dejen de ser objetos para devenir sujetos.

Haciendo referencia al cuento que introduce esta tesis se puede decir que el sujeto que está internado en una institución de salud mental se encuentra esclavo, tanto por la enfermedad que lo hace padecer como por el deber de obedecer a las reglas que aquella le exige. La serpiente está puesta, por un lado, en la enfermedad que por diferentes discursos se va apoderando del sujeto, y por el otro lo va ubicando en la condición de paciente de una institución a la cual se le debe obediencia. Me refiero a esta última no como establecimiento sino como lugar de soporte de diferentes discursos. En este caso, la serpiente es la institución misma y, mirando un poco más dentro de la red discursiva, es el sistema de salud, nuestro sistema social.

El recorrido hecho hasta el momento, intenta mostrar una experiencia en donde la serpiente, tomada como enfermedad, no desaparece pero se aloja en otro lugar del sujeto y establecen entre ellos otra relación, ya no de subordinación de uno hacia otro sino buscando otras posibilidades. Ocurre lo mismo entendiéndola como institución y sistema de salud. Esta serpiente implica muchísimos discursos entrelazados que generan relaciones de poder y de verdad que cristalizan al sujeto en una posición de paciente. Nosotros como agentes de salud trabajamos en estas instancias. Pero, a pesar de hacer esta lectura, este espacio llamado “Taller de musicoterapia”, “Proyecto de salidas terapéuticas” y todos los anteriormente nombrados, también están al asecho de convertirse en una serpiente que esclavice a los sujetos. ¿Será otra forma de subordinación, este proyecto? Como terapeutas tenemos que intentar que las posibilidades no lleguen a una instancia donde se cristalicen y se produzca una cerrazón en la cual la serpiente se cambie de disfraz pero continúe con la misma forma de relación.

Esta tesis, pretende ser un espacio para construir posibles estrategias futuras más allá de las existentes. Según su tiempo de aparición, ellas son:

- El espacio de Musicoterapia, en donde se comienza a repensar la posición de cada uno y a poder cuestionar-se ciertas formas de habitar en este

mundo y otros talleres como el de Terapia Ocupacional y el de Reflexión.

- El proyecto denominado “Salidas Terapéuticas”, en el que interviene un equipo de profesionales con estrategias comunes tanto en lo inter como en lo intrainstitucional.

- El emprendimiento social de productos artesanales y feria, en el que se establecen lazos con el afuera. (En un comienzo, este espacio era coordinado por un profesional y actualmente lo coordinan los mismos pacientes y el terapeuta acompaña ese proceso).

- El Grupo de apoyo terapéutico para familiares, en el que se intentan recomponer los lazos entre el grupo social primario.

- Espacios intersectoriales: trabajo en conjunto con la Municipalidad de Rosario que dicta cursos de artesanías a los cuales asisten los pacientes y luego lo comparten con otros que no salieron.

A modo de conclusión

A partir de todos estos proyectos que apuntan a un objetivo común, que los pacientes abandonen esa posición de subordinación, de esperar que otro decida por él mismo, de acatar órdenes sin cuestionarlas, se intenta lograr que sean partícipes de sus propias vidas.

Para ello,

- Se establecieron otras relaciones entre los profesionales que ayudaron a poder pensar en equipo diferentes estrategias de intervención.
- Se crearon diversas áreas de trabajo articuladas para intentar ocuparse de

la externación del paciente.

- Se instauraron reuniones mensuales en donde se re-trabajan las estrategias y proyectos planteados y se proponen otras nuevas. Estos encuentros en un comienzo eran esporádicos y asistían algunos profesionales. Actualmente, pasaron de ser organizativas a ser espacios donde trabajar con estrategias para con los pacientes y, además, a ser reconocidas económicamente.
- Se comenzó a remunerar a los profesionales que acompañan a los pacientes en las salidas, la feria y los cursos y a financiar la capacitación y materiales necesarios para tal fin. Toda la institución se comprometió con este proyecto y a medida que se iban observando los avances se incorporaban nuevas personas al mismo.
- Otras de las cuestiones que cambiaron debido esto tiene que ver con que los familiares de algunos de los pacientes los visitan más seguido, nos acompañan a las salidas y los llevan a la casa por algunas horas o días. Esto permitió fortalecer el vínculo entre el paciente y su familia y hasta se pudieron llegar a externar algunos que durante mucho tiempo estuvieron internados.

Poder analizar el proyecto de externación que funcionó hace unos años resultó de gran ayuda a la hora de pensar algunas cuestiones a tener en cuenta para continuarlo y profundizarlo. Una de ellas es el acompañamiento de los pacientes fuera de la institución ya que generalmente sólo sigue el contacto con el médico tratante. El poder tener un seguimiento del mismo permite pensar estrategias e instancias previas en caso de producirse un reingreso, una re-internación. Por otra parte, poder intervenir en instancias previas a la internación ayuda a pensar un sujeto en relación y no aislado del mundo, a trabajar con él desde un contexto más cercano y con sus familiares.

A partir de haber analizado cada una de las intervenciones realizadas hasta el momento y frente a la pregunta si este proyecto no será otra cristalización u otro disfraz para la serpiente, en esta instancia intento pensar nuevas derivas o intervenciones.

- Una de las propuesta es la de crear un espacio de asamblea en donde se

retrabajen las temáticas que surgen en los espacios de talleres a la vez que se puntualicen los cambios que se podrían realizar a partir de las inquietudes plasmadas en el “cuaderno de quejas”.

- Por otra parte, del curso de artesanías se desprende la idea de que los que asisten a las clases enseñen a los demás a hacer los productos que aprendieron y así trabajar en el tiempo que ellos quieran para lograr una producción que se pueda vender posteriormente.
- Pensando en los nuevos productos, surgió la idea de realizar plantines. Esto implica un compromiso y una tarea diaria.
- Comenzar a crear diferentes espacios de autogestión en donde los mismos pacientes piensen y lleven a cabo diferentes actividades.
- Acompañarlos en los emprendimientos sociales interviniendo en la gestión y en las cuestiones administrativas ya que ellos pueden organizarse. (Actualmente se está trabajando la idea de una producción de cactus y en la posibilidad de tener un vivero y una huerta propios).
- Hacer un calendario donde se puedan mostrar algunas de las actividades que se realizan dentro de la institución y en cada uno de los meses se puedan escribir algunos de los derechos de los pacientes de salud mental para que lo conozcan otras personas. De esta manera trabajar en el almanaque y en cada uno de los meses que pasan pensar una imagen que represente al mes y un derecho para intentarlo llevar a cabo. Retrabajar y analizar de qué manera se vislumbra en lo cotidiano de la institución y a la vez pensar cómo hacerlo efectivo.
- Crear nuevos espacios de formación tanto para estudiantes como para profesionales del área salud en donde se revisen las formas de abordar el trabajo en salud mental. Actualmente se dicta el curso de capacitación: “Pasado, presente y nuevas perspectivas en salud mental”. (Ver anexo V)

El trabajo aquí expuesto intenta *gravitar entre ataduras y libertades*, concibiendo a éstas en diferentes ámbitos: taller, pabellones, institución, barrio, comunidad toda. En cada uno de ellos también se plantean diferentes planos según las relaciones entre los componentes de cada uno de ellos, según las funciones que desempeñan. De esta manera, por *ataaduras* entendemos el lugar de “pacientes” de los sujetos, la pesadez institucional, la naturalización del estado

de cosas, las teorías y conceptos que tenemos según nuestra formación como profesionales, las relaciones de poder entre pacientes y profesionales y entre ellos mismos, los condicionamientos y normas institucionales, los intereses económicos, los despojos familiares, la exclusión social, entre otros. Y por *libertades* nos referimos a habilitar al otro para que pueda ser, establecer relaciones en donde el otro pueda ser activo, abrir posibilidades que se vayan concretando y que a su vez se puedan construir otras nuevas, seguir creando proyectos, ideas que inviten a repensar-se cada uno de los componentes de esta comunidad (paciente, familia, profesionales, personal administrativo, de limpieza, el quiosquero de enfrente, el dueño del supermercado, compañeros de curso, el funcionario).

Cada uno como sujeto está expuesto a las *ataduras* que impone el imaginario social e intenta según sus posibilidades ir creando posibilidades (*libertades*).

Tendemos a pensar en dos dimensiones, a rivalizar, contraponer sin crear posibilidades. Según Edgar Morin analizamos desde la simplicidad y no tenemos en cuenta que somos seres complejos. Esta forma de pensar nos deja atados a solo dos posibilidades, si elegimos una dejamos atrás la otra. Estamos presos de nuestro propio discurso. Y cuando decimos nuestro es porque pertenecemos a ellos y como parte no decimos otra cosa. ¿Acaso no somos seres libres? ¿Libres en qué sentido?

Este trabajo intenta abrir el campo de posibilidades convidando a todos los que integramos esta comunidad a comprometernos a trasladar a otros ámbitos, estas formas de relación que estamos construyendo. Trabajemos para suavizar los límites entre “adentro” y “afuera” y por qué no crear otros espacios. Sigamos construyendo la red discursiva desde una mirada crítica a partir de la deconstrucción de la naturalización de las cosas.

Dejemos atrás esta forma de pensar dicotómica del “adentro” y “afuera”, de “ataduras” y “libertades” para “gravitar” entre ellas.



Notas

ⁱ Rodríguez Ceberio, Marcelo. *“Italia y el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica. ¿La libertad es terapéutica?”* Publicado en Perspectivas Sistémicas Número 1. En <http://www.redsistemica.com.ar/articulo1-10.htm>

ⁱⁱ Definición de la Federación Mundial de Musicoterapia. En <http://facartes.unal.edu.co/musicoterapia/musico.htm>

ⁱⁱⁱ Shapira, Diego. *“Musicoterapia. Facetas de lo inefable”*. Editorial Enelivros. Año 2002. Pág. 13.

^{iv} Banfi, Claudia. *“Rigor poético. De la transmisión en musicoterapia”*. Tesis de grado. Lic. En Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, julio 2005. “Notas preliminares” Pág. 6.

^v Gianoni, Daniela. *“De abismos y superficies”*. Tesis de grado. Lic. En Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana. Sede Regional Rosario, 2002. Pág. 7.

^{vi} Definición de la Federación Mundial de Musicoterapia.
<http://facartes.unal.edu.co/musicoterapia/musico.htm>

^{vii} * **De-Construcción / Construcción**. Concepto que indica una operación en el movimiento interno o externo de la Forma. Toda De-Construcción es en sí misma una Construcción y a la inversa. El sentido de ésta terminología es la noción de espiral elíptica que se transforma en soporte de lo posible, en tanto la existencia de la circularidad Materia-Forma-Sentido y sus niveles lógicos en una dimensión dada. Concepto desarrollado por María José Bennardis en su tesis de grado. “De la dimensión y la forma”. Universidad Abierta Interamericana. Sede Regional Rosario, 2002.

^{ix} Gianoni, Daniela. Ob. Cit. Pág. 7.

^x Del Río, Leandro. *“La bici prestada (anotaciones de ruta)”* Tesis de grado. Lic. En Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana. Sede Regional Rosario, 1999. Pág. 7.

^{xi} Verón Eliseo. Ob. Cit. Pág. 127.

^{xii} Entrevista realizada a la Lic. en Musicoterapia María José Bennardis año 2006.

^{xiii} Verón Eliseo. Ob. Cit. Pág. 127.

^{xiv} Verón Eliseo. Ob. Cit. Pág. 125.

^{xv} Del Río, Leandro. Ob. Cit. Pág. 7

^{xvi} Kraut, Alfredo Jorge. *“Salud Mental. Tutela jurídica.”* Capítulo 14: Los derechos específicos de los pacientes mentales. Rubinzal – Culzoni editores. Primera edición 2006. Pág. 491.

^{xvii} Gianoni, Daniela. Ob. Cit. Pág. 23.

^{xviii} Gianoni, Daniela. Ob. Cit. Pág. 22.

^{xix} Amarante, Paulo. “Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil”. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Primera edición Argentina, noviembre de 2006. Capítulo I Re-visando los paradigmas del saber psiquiátrico: tejiendo el recorrido del movimiento de reforma psiquiátrica. Ob. Cit. Pág. 45.

^{xx} Foucault, Michel. *“Historia de la locura en la época clásica”*. Tomo I. Capítulo I “Stultifera Navis”. Pág. 21. Fondo de Cultura Económica Argentina. Año 1990. Traducción de Juan José Utrilla.

^{xxi} Amarante. Paulo. Ob. Cit. Pág. 20.

^{xxii} Amarante. Paulo. Ob. Cit. Pág. 21.

^{xxiii} Amarante. Paulo. Ob. Cit. Pág. 25.

^{xxiv} **** **Metanoia**. (del griego μετα???ε?, metanoiēn, cambiar de opinión, arrepentirse, o de meta, más allá y nous, de la mente) es un enunciado retórico utilizado para retractarse de alguna afirmación realizada, y corregirla para comentarla de mejor manera. Su significado literal del griego denota una situación en que en un trayecto ha tenido que volverse del camino en que se andaba y tomar otra dirección. Esto en términos de discurso de pacientes de

salud mental se refiere a dejar que el discurso se muestre tal cual es producido por el sujeto para luego trabajar con él.

^{xxv} Galende, Emiliano y Kraut, Alfredo Jorge. “El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos”. Editorial Lugar. Primer edición Buenos Aires, 2006. Pág. 75.

^{xxvi} Foucault, Michel. Ob. Cit. Tomo I. Capítulo II “El gran encierro” Pág. 77.

^{xxvii} Bennardis, María José; Bessone, Lía y Gianoni, Daniela. Proyecto: “Departamento de Musicoterapia”. Archivo institucional Sanatorio Neuropático SRL. Rosario, 1999.

^{xxviii} Bennardis, María José; Bessone, Lía y Gianoni, Daniela. Ob. Cit.

^{xxix} Galende, Emiliano y Kraut, Alfredo Jorge. Ob Cit. Pág. 19.

^{xxx} Amesgaray, Marina; Fernández, Iván; Trossero, Georgina. “Espacio clínico grupal de Musicoterapia” Archivo institucional, Sanatorio Neuropático SRL. Año 2006.

^{xxxi} Álvarez, Jorgelina y Reyero Florencia. Archivo institucional, Sanatorio Neuropático SRL. Proyecto “Grupo de apoyo terapéutico para familiares”. Año 2009.

^{xxxii} Campilongo, Lucía. Proyecto “Cursos de producción artesanal”. Archivo institucional, Sanatorio Neuropático SRL. Año 2009.

Bibliografía:

- **Álvarez**, Jorgelina y **Reyero** Florencia. Archivo institucional. Proyecto *“Grupo de apoyo terapéutico para familiares”* presentado en el Sanatorio Neuropático SRL. Rosario, Año 2009.
- **Amarante**, Paulo. *“Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil”*. Capítulo I: “Re-visando los paradigmas del saber psiquiátrico: tejiendo el recorrido del movimiento de reforma psiquiátrica”. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Primera edición Argentina, noviembre de 2006.

-
- **Amesgaray**, Marina; **Fernández**, Iván; **Trossero**, Georgina. *“Espacio clínico grupal de Musicoterapia”*. Proyecto presentado en el Sanatorio Neuropático SRL. Rosario, año 2006.
 - **Banfi**, Claudia. *“Rigor poético. De la transmisión en musicoterapia”*. Tesis de grado. Lic. en Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana. Sede Buenos Aires, julio 2005.
 - **Bennardis**, María José; **Bessone**, Lía y **Gianoni**, Daniela. Proyecto: *“Departamento de Musicoterapia”*. Sanatorio Neuropático SRL. Rosario, 1999.
 - **Bennardis**, María José. *“De la dimensión y la forma”* Tesis de grado. Lic. en Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario, 2002.
 - **Campilongo**, Lucía. Archivo institucional. Proyecto *“Cursos de producción artesanal”* presentado en el Sanatorio Neuropático SRL. Rosario, Año 2009.
 - **Campilongo**, Lucía y **Trossero**, Georgina. Archivo institucional. Proyecto: *“Salidas Terapéuticas”* presentado en el Sanatorio Neuropático SRL Rosario, 2008-2009.
 - **del Río**, Leandro. *“La bici prestada”*. Tesis de grado. Lic. en Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario, 1999.
 - **Foucault**, Michel. *“El orden del discurso”*. Fábula TusQuets. Editores. Primera edición argentina. Enero 2004.
 - **Foucault**, Michel. *“Historia de la Locura en la época clásica”*. Fondo de Cultura Económica Argentina. Año 1990. Traducción de Juan José Utrilla.

Primera parte: Capítulos:

- II El gran encierro.
- IV Experiencias de la locura.

Segunda parte: Capítulos:

- I El loco en el jardín de las especies.
- III Los rostros de la locura.

- **Galende**, Emiliano y **Kraut**, Alfredo Jorge. *“El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos”*. Parte I: Breve historia de la crueldad disciplinaria. Editorial Lugar. Primera edición Buenos Aires, 2006.
- **Gianoni**, Daniela. *“De abismos y Superficies”* Tesis de grado. Lic. en Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana. Sede Regional Rosario, 2002.
- **Kraut**, Alfredo, Jorge. *“Salud mental. Tutela jurídica”*. Capítulo 14: Los derechos específicos de los pacientes mentales. Rubinzal – Culzoni editores. Primera edición 2006.
- **Montaldo**, Jorge. *¿Terapia por música?* Artículo publicado en el periódico “El cisne”. Año 2004.
- **Morin**, Edgar. *“Epistemología de la complejidad”*. Artículo del libro. Nuevos Paradigmas: cultura y subjetividad, de Schitman Dora. Paidós. Buenos Aires 1995.
- **Shapira**, Diego. *“Musicoterapia. Facetas de lo inefable”*. Primera parte: Consideraciones Teóricas. Editorial Enelivros. Año 2002.
- **Verón**, Eliseo. *“La Semiosis social”* Fragmentos de una teoría de la discursividad. Capítulo 5: “El sentido como producción discursiva”. Editorial Gedisa. Segunda edición, 1998.

-
- <http://facartes.unal.edu.co/musicoterapia/musico.htm>
 - http://www.musicoterapia.org.ar/mterapia_definicion.html
 - <http://www.redsistemica.com.ar/articulo1-10.htm> **Rodriguez Ceberio,**
Marcelo. *“Italia y el proceso de desinstitutionalización psiquiátrica. ¿La libertad es terapéutica?”* Publicado en Perspectivas Sistémicas Número 1.

A nexos:

Anexo I

Proyecto: “Espacio clínico grupal de Musicoterapia” presentado durante el año 2006 por Amezgaray Marina, Iván Fernández y Georgina Trossero.

Introducción

El proyecto que se presenta a continuación tiene que ver con continuar trabajando en un espacio clínico de Musicoterapia en una clínica psiquiátrica de

carácter privado ubicada en la ciudad de Rosario.

La Musicoterapia como disciplina que vincula el arte con la salud, y en la utilización de sus materiales específicos, permite la exploración de diferentes formas de relación y de producción de discursos. La conformación de un espacio grupal que trabaje, específicamente, con las particularidades del discurso no-verbal posibilitaría, entonces, el desarrollo de un proceso que genere nuevas posibilidades para los que participen de dicho espacio.

A continuación intentaremos formular, más detalladamente, desde dónde pensamos este espacio y el por qué se su apertura y sostenimiento en la institución nombrada.

Fundamentación:

Proponemos un espacio donde cada sujeto que asista tenga la posibilidad de vivenciar el arte a través de su cuerpo, de sus creaciones musicales, de sus producciones individuales y grupales. El arte proporciona la oportunidad de explorar el entorno, inventar, probar, descubrir, crear.

“El mejor de los mundos no es aquel que reproduce lo eterno, sino aquel en el que se produce lo nuevo, aquel que tiene capacidad de novedad, de creatividad.”

xxxii

Entendemos que pensar un espacio grupal, donde el establecimiento de vínculos dé lugar a la investigación de formas de relacionarse y de producir discurso, con el manejo de los materiales propios de la Musicoterapia, constituye una variante original dentro de la institución que puede proponer a los asistentes nuevas líneas de deriva. El espacio invita a que se experimente con diferentes materiales dando así, lugar a la creatividad.

Pensar estos espacios compartidos implica trabajar en equipo sobre planificaciones abiertas y flexibles, donde cada sujeto tenga la libertad de elegir con qué materiales trabajar y cómo hacerlo teniendo en cuenta normas que condicionarán el espacio propuestas por los mismos integrantes.

Apuntamos, además, a tejer pequeñas redes con el personal que considere factible e interesante el hecho de trabajar en equipo. Para ello es que se continuará con las reuniones entre profesionales del área contextuales intentando que esta se abra a la participación de otros profesionales.

Marco teórico

Tratándose éste de un proyecto que propone un espacio de Musicoterapia en una clínica de salud mental, me parece fundamental, en un principio, establecer una posición en cuanto a la salud.

En primera instancia me parece importante rever el concepto *Salud Mental*, y su contracara: la enfermedad mental. Estos conceptos suelen centrarse sobre la ancestral división alma-cuerpo o, más recientemente, mente-cuerpo. Esta división lleva a pensar en un ser humano formado por compartimentos estancos: cuerpo, mente, relaciones sociales (ser bio-psico-social), que podrá ser abordado, asistido, por el especialista según el área que se vea afectada. Nosotros, los musicoterapeutas, planteamos que tal división no existe sino metodológicamente: la “enfermedad mental” es vivida siendo cuerpo, la “afección biológica” es experiencia de un sujeto corpóreo.

A continuación una cita que, creemos, discute la escisión mente-cuerpo.

“Mi cuerpo, para mí no es, por tanto, una de las cosas que hay en el mundo sino mi facticidad, no es un velo que se interpusiese entre la conciencia y el mundo, sino aquello desde donde la conciencia se abre al mundo.” xxxii

Por tanto, si bien es cierto que la Musicoterapia es una disciplina que acciona en el campo llamado Salud Mental (interviene en el orden de los discursos y las relaciones, no en los procesos fisiológicos), nosotros planteamos que no nos enfrentamos ante una “mente enferma” sino que nos vinculamos con un sujeto-corpóreo (en el mundo) que se encuentra en un estado de sufrimiento.

Por estas razones nos parece interesante pensar en una concepción de Salud (solamente), y su contracara: la enfermedad, y en disciplinas que abordaran de diferentes maneras diferentes situaciones utilizando, tal vez,

divisiones metodológicas (lo biológico, lo social, lo mental).

En segundo lugar, planteo una posible concepción de salud.

No creemos que una concepción de salud deba tener que ver con la descripción de un determinado estado de cosas, “para estar sano se debe estar en equilibrio, sentirse bien...”, sino con algo relacionado con la elección. No pensar en que alguien “esta sano” si vive de tal manera (posicionamiento que conlleva una imposición de alguna forma de vida) sino si opta por el modo de vivir, en un particular contexto. Por esto podríamos definir la salud como la posibilidad de elegir entre posibilidades, posibilidades en las cuales va siendo un sujeto, en la medida en que estas se concretizan, desaparecen o se mantienen latentes.

“El “ser ahí” es en cada caso aquello que él puede ser y tal cual él es su posibilidad” xxxii

“En cuanto esencialmente determinado por el encontrarse, es el “ser ahí” en cada caso ya sumido en determinadas posibilidades; en cuanto es el “poder ser” que él es, ha dejado pasar de largo otras; constantemente se da a las posibilidades de su ser, las ase y las marra” xxxii

Esta postura intenta discutir la idea que piensa al sujeto residente de una institución psiquiátrica como alguien que ya no puede hacer nada por sí mismo, alguien ante quien se debe tener cuidado por ser peligroso para sí y para terceros, alguien que debe esperar pasivamente la cura que, tal vez, llegará de la mano del profesional.

“La locura justamente es condición de imposibilidad del pensamiento” xxxii

“... en el siglo XVII... la locura está fuera del dominio de pertenencia en que el sujeto conserva sus derechos de verdad...” xxxii

Pensamos, entonces, en un Sujeto Productor, capaz de transformar un

material en materia (sonora corporal) significativa organizada de una determinada manera (forma) y con un sentido otorgado por él.

“La Musicoterapia (...) concibe el Arte como discurso que expresa aspectos de lo humano no expresables verbalmente; priorizando como material de estos discursos al sonido, al cuerpo, al movimiento y sus organizaciones en tanto discurso.” xxxii

“La música, los sonidos, el movimiento de un cuerpo como materia sensibles, es el posible escenario para pensar procesos de construcciones expresivas, de obtención de determinadas habilidades, de estimulación de capacidades y/o de recuperación de aquellas que hayan sufrido disfunciones” xxxii

Como Musicoterapeuta, proponemos una mirada desde el pensamiento formal, esto es: la lectura que disparará las intervenciones tendrá que ver con las formas (de relación, de discurso) que se ponen en juego en determinado contexto. Por eso es que trabajaremos pensando en posiciones y en estrategias desprendidas de las hipótesis que vayamos construyendo día a día, encuentro a encuentro.

Nuestro accionar tendrá que ver con la improvisación, como territorio por el cual circular ocupando y abandonando posiciones y relacionándose con otros. Esto quiere decir, además, que se actuará siempre en relación a los emergentes que se detecten en un proceso.

Bennardis define la improvisación como:

“...territorio material a ser transitado por un sujeto, formalizando e invistiendo de sentido al sonido y tal vez al movimiento a partir de vincularse con un instrumento musical o con su propio cuerpo; decimos el sujeto opera con la materia otorgándole un sentido y una forma.” xxxii

“Para Ariel, la improvisación es, (...) el trabajo que acontece en el acto

creador, cualquiera sea su materia. La creación es siempre improvisación, está situada en una dimensión transmusical. Tomando esta acepción, la del trabajo creante, es que decíamos que la clínica musicoterapeuta busca improvisar siempre incluyendo como escucha creativa la acción del musicoterapéutica cuando esta se produce desde una instancia abierta a la posibilidad de movimiento de los otros.” xxxii

Como decía anteriormente, el accionar será estratégico. Pensar en estrategias habilita a aceptar el cambio y trabajar con él. Pararse en este lugar permite estar abierto a que puede surgir cualquier cosa no esperable y en base a esto continuar, habilita a seguir pensando, construyendo, haciendo.

“La estrategia es un escenario de acción que puede modificarse en función de las informaciones, de los acontecimientos, de los azares que sobrevengan en el curso de la acción... la estrategia es el arte de trabajar con la incertidumbre.”xxxii

Objetivo general

- Introducir una variante en la propuesta institucional existente que posibilite la exploración de diferentes formas de relación y de producción de discurso en el campo sonoro corporal.

Objetivos específicos

- Introducir a los pacientes en el mundo de las actividades expresivas – creativas.
- Contribuir al desarrollo de la creatividad como otra forma de transitar la vida.
- Fomentar un espacio de elección donde el que integre este grupo decida

asistir sin obligación alguna.

- Propiciar un espacio en el que los acuerdos se tejan en el mismo hacer y en donde se trabajen las formas de relación entre los pacientes y entre ellos con el personal de la institución.
- Promover el intercambio y socialización entre los pacientes.
- Desarrollar actitudes de escucha.

Estos objetivos se perseguirán tanto desde el espacio clínico como desde el accionar del musicoterapeuta en la institución toda.

Metodología de trabajo

La metodología de trabajo consiste, por un lado, en la improvisación libre como técnica de abordaje.

“Una técnica posible de la Musicoterapia es la improvisación libre a través de la misma se investiga las condiciones de Producción de Discurso que hacen diferentes sujetos”xxxii

Las propuestas tendrán que ver con la experimentación del uso de instrumentos musicales y con la conformación de construcciones grupales sonoras que posibiliten explorar formas de relación y de discurso.

Por otro lado, se utilizarán técnicas vivenciales de experimentación corporal. Se propondrán consignas que tengan que ver con la posibilidad de explorar diferentes maneras de movimientos y posturas del propio cuerpo, y distintas maneras de percibir el entorno y a uno mismo.

Como ya se mencionó el espacio de Musicoterapia será de carácter grupal. Se implementará una sesión semanal, los Martes por la mañana de 9:30 hs. a 11:00 hs.

Se adjunta a esta metodología los otros espacios de trabajo pensando las intervenciones de manera análoga a las realizadas dentro de una improvisación.

Recursos:

La institución cuenta desde el punto cuanti y cualitativo con los recursos técnicos y edilicios que posibilitan la implementación de este proyecto. Sin embargo, se podrían mejorar dichos recursos con el correr del tiempo.

Humanos:

Personal:

El espacio de Musicoterapia será coordinado por tres musicoterapeutas.

Cantidad de pacientes:

El espacio se irá conformando con los pacientes que quieran asistir. Debido al espacio físico el grupo podría formarse con 12 pacientes aproximadamente.

Materiales:

Lugar edilicio:

Edificación (quincho) que se encuentra en el sector posterior del sanatorio. Los objetos que se encuentran en su interior son de fácil manipulación para acomodar el lugar de una manera más apropiada para Musicoterapia.

Material instrumental:

La institución cuenta con los instrumentos musicales que están guardados en el mismo lugar donde se desarrolla el taller.

Anexos II

Proyecto: “Salidas Terapéuticas”.

Profesionales a cargo:

Musicoterapeuta: Georgina Trossero

Terapeuta Ocupacional: Lucía Campilongo. Año 2008-2009.

Introducción:

A partir del trabajo realizado durante el año pasado, observamos que la mayoría de los pacientes que se encuentran internados hace años en esta

institución perdieron la participación en las actividades de la vida cotidiana dentro de la sociedad en donde vivimos. Por este motivo, mediante este proyecto proponemos que un grupo reducido de estas personas comience a acercarse nuevamente a estas actividades sociales acompañándolos.

Fundamentación:

Este proyecto denominado: “Salidas Terapéuticas” intenta acompañar a personas que se encuentren internadas dentro de la institución a reinsertarse en la sociedad. Este propósito surge a partir del trabajo realizado durante más de un año en el que observamos que la mayoría de los pacientes que se encuentran internados hace bastante tiempo en este sanatorio perdieron la participación en las actividades de la vida cotidiana dentro de la sociedad en donde vivimos o no tiene las condiciones familiares o barriales propicias para insertarse nuevamente en su comunidad.

Por este motivo, mediante este proyecto proponemos que un grupo reducido de estas personas comience a acercarse nuevamente a estas actividades sociales, acompañándolos.

Marco Teórico:

Como este proyecto está codirigido por profesionales de Musicoterapia y Terapia Ocupacional Nos parece necesario establecer algunas ideas sobre estas disciplinas.

La **MUSICOTERAPIA** como disciplina que trabaja en Salud Mental intenta articular al arte con la salud con fines terapéuticos. La federación mundial de Musicoterapia la define como:

“Musicoterapia es la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un Musicoterapeuta calificado, con un paciente p grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje,

movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas. La Musicoterapia busca descubrir potenciales y/o restituir funciones del individuo para que él o ella alcance una mejor organización intra y/o interpersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida. A través de la prevención y rehabilitación en un tratamiento.”

La Musicoterapia interviene en diferentes áreas tanto educativas como clínicas. Pienso que en este proyecto el trabajar los vínculos con el afuera, las formas de relación entre los diferentes pacientes y las posibilidades de cambiar de “posición” en el transitar en el mundo son incumbencias de esta disciplina.

“...Me parece que uno de los aportes más grandes que puede hacer la Musicoterapia en este campo, 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.”^{xxxii}

La **TERAPIA OCUPACIONAL** es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, “el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir las mayores independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

La función principal de un profesional de la Terapia Ocupacional es la rehabilitación del individuo para las actividades de la vida diaria (deambulación, vestido, higiene, alimentación, deglución, etc.); es decir, en la práctica clínica el terapeuta ocupacional es un profesional sanitario altamente especializado en rehabilitación, en la recuperación de discapacidades. La primordial herramienta de un terapeuta ocupacional es la actividad, el uso terapéutico de actividades de autocuidado, laboral, de ocio, las cuales permiten lograr los objetivos de funcionalidad en la persona.

Nuestra tarea es finalmente, ayudar a las personas a su desarrollo humano a través de la participación ocupacional.

Tratándose este de un proyecto que propone un espacio institucional – desinstitucional en una clínica de salud mental, nos parece pretiñen establecer un concepto de salud mental. Esta idea corresponde a la del proyecto de Musicoterapia presentado en la misma institución.

La idea de un Sujeto separado del mundo, capaz de ser objetivo en su visión, la idea de un sujeto separado de su circunstancia, capaz de sobrevolar el mundo, de observarlo desde ningún lugar, es de una completa falsedad.

Un mundo siempre es en referencia a un sujeto. Como complejidad de horizontes, referencias y fenómenos adquiere orden, un necesario orden, en relación a un punto de vista, en relación a un sujeto.

Pensamos que el trabajo en equipo es importante para que el Sujeto sea considerado como lo que es, una integridad y no partes aisladas. Proponemos la interdisciplina y la transdisciplina como formas de trabajo.

Según la autora Alicia Stolkiner, decimos que *“lo transdisciplinario es un momento, un producto siempre puntual de lo interdisciplinario.”*

“Transdisciplinario sería, por ejemplo, el producto de una investigación referida a un problema definido conceptualmente de manera interdisciplinar o la estrategia que se propone un equipo asistencia frente a una situación específica”...

La coordinación de un equipo interdisciplinario es una función decisiva, debe poder situarse como facilitador y generador de los dispositivos necesarios para la producción del marco común entre disciplinas.

La transdisciplina, por una parte, surge como una necesidad epistemológica para poder comprender y resolver problemas complejos, a la luz de propuestas más abarcadoras que potencian su comprensión y –frente a los cuales- resulta insuficiente la visión disciplinar. Pero, a su vez, a través de la interacción entre diferentes campos del saber se llega a formular diferentes y se

generan nuevas metodologías que permiten resolver problemas de un área con las formas de pensar propias de otra.

El enfoque transdisciplinario supone:

- Una construcción conceptual común entre las disciplinas y una cuidadosa delimitación de los diferentes niveles de análisis del problema y su interacción.
- El cuestionamiento a los criterios de causalidad, básicamente a los de causalidad lineal.
- El rechazo a la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar.
- El reconocimiento de que los campos disciplinares no son el reflejo de diferentes objetos reales, sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos.

Algunas teorías hablan de lo transdisciplinario como un momento o un producto puntual de lo interdisciplinario. Otras, lo ven como una instancia o escalón superados, una etapa del desarrollo del conocimiento, en la que se borran las barreras de las ciencias para lograr un saber mega-explicativo.

En la interdisciplina intervienen especialistas de diversas disciplinas cualquiera que sea su modalidad de trabajo.

La interdisciplinariedad comienza desde la formulación misma de los problemas, antes de los estudios disciplinares. Los integrantes son científicos formados en diversas disciplinas.

Cada investigador tendrá una visión de los problemas planteados por el objetivo de estudio desde la perspectiva que le ofrece su propia disciplina y su propia concepción de esa disciplina.

Objetivo general:

- Insertar al grupo que se encuentra en las salidas y a cada uno de sus integrantes a los espacios sociales que brinda nuestra comunidad en pro de la externación.

Objetivos específicos:

-
- Estimular la participación en las actividades cotidianas.
 - Fortalecer las relaciones interpersonales.
 - Favorecer un espacio donde surjan los intereses personales de cada uno de los integrantes del grupo.
 - Generar hábitos de respeto, comunicación y de higiene.
 - Acompañar a los pacientes a que ellos mismos puedan afrontar sus limitaciones.

Metodología:

En la primera etapa de este proyecto se presentó brevemente la propuesta terapéutica al equipo de profesionales de la institución mencionada. Este equipo está formado por: Médicos Psiquiatras, Médicos de Guardia, Psicólogos, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta Corporal, Enfermeros y Musicoterapeuta. Con ellos se establecieron algunas estrategias de intervención para con los pacientes. Luego de este paso, entrevistamos a aquellas personas que están en condiciones de poder reinsertarse en la sociedad pero que por las condiciones económicas, familiares o de otra índole no pueden hacerlo por sí solas y con ellas conformamos un grupo de 16 personas aproximadamente ya que se pueden sumar más con el correr del tiempo.

La metodología podemos decir, que tiene que ver con las salidas que se realizan los días miércoles por la mañana cada 15 días, y con el retrabado de lo que sucedió en cada salida con el grupo completo en los días intermedios.

Las personas que integran este proyecto padecen diferentes dificultades denominadas desde la Psiquiatría como Psicosis, Neurosis, Depresión mayor, Trastornos de la Personalidad, Brote Psicótico debido al consumo de sustancias...

Dentro de este grupo heterogéneo en cuanto a las dificultades que ellos enfrentan tienen en común estar ubicados en un lugar en donde las posibilidades

no aparecen y solo hay una forma de vivir, la que ellos padecen. Creemos que a parte de los tratamientos de recuperación de algunas cuestiones es necesario acompañarlos en la búsqueda de nuevas formas de habitar este mundo.

Cabe aclarar que este proyecto está sujeto a las cuestiones que vayan apareciendo en cada grupo en particular y en el ámbito institucional también. Es por esta apertura que este proyecto acepta ideas y tienen en cuenta las opiniones de los beneficiarios que se incorpora el proyecto de la feria artesanal.

Anexo III

Terapias Contextuales.

Desde la institución se las denomina así a las deferentes terapias que abordan al sujeto desde su integridad.

Trabajamos con modalidad de talleres grupales (compuestos por pacientes internos y ambulatorios) para favorecer el intercambio y las relaciones interpersonales.

Proponemos otra forma de abordaje terapéutico a partir de disciplinas que no son las hegemónicas. Por este motivo creemos que la modalidad de los talleres permite una apertura al dialogo y al intercambio que favorece al sujeto.

Actividades/ Terapias/ Talleres.

- Taller de Estimulación Cognitiva.
- Terapia Corporal.
- Taller de cine.
- Musicoterapia.
- Terapia Ocupacional.
- Salidas Terapéuticas.
- Taller de Reflexión.
- Taller de Debates de temas de la actualidad.
- Taller de Producciones Artísticas.
- Psicoterapia vincular.
- Taller lúdico-recreativo.
- Feria artesanal.

Anexo IV***Convenio con la municipalidad de Rosario.***

Proyecto coordinado por:

Coordinadora del Programa de Producciones artesanales: Graciela Delaunay.

Municipalidad de Rosario.

Coordinadora de “Salidas terapéuticas”: Mta. Georgina Trossero. Sanatorio Neuropático SRL Rosario.

En el marco del Sanatorio Neuropático SRL de la ciudad de Rosario, conjuntamente con la Municipalidad de la misma ciudad se llevan a cabo los proyectos denominados “Salidas Terapéuticas” y “Feria Artesanal”. Los pacientes que se encuentran internados en la institución anteriormente mencionada realizan diferentes artesanías en los talleres coordinados por profesionales de las áreas contextuales: Terapia Ocupacional, Psicología, Musicoterapia.

Estos productos serán vendidos en el marco de la feria que sostiene la Municipalidad de Rosario desde el programa de “Producciones artesanales” coordinado por Graciela Delaunay.

Es de destacar que esta coordinación entre Sanatorio Neuropático SRL y Municipalidad de Rosario ya ha existido en otras oportunidades junto al crecer n° 3 y el n° 7 cumpliendo ampliamente con los objetivos. A partir de esta experiencia damos por sentado que el proyecto favorecerá el desarrollo de las habilidades sociales de los pacientes institucionalizados. Al mismo tiempo que contribuirá a la reconstrucción del vínculo entre el pacientes y el afuera.

Anexo V

Programa del curso “Pasado, Presente y Nuevas perspectivas en Salud Mental”.

“El mejor de los mundos no es aquel que reproduce lo eterno, sino aquel en el que se produce lo nuevo, aquel que tiene capacidad de novedad, de creatividad.” xxxii

Coordinadoras. Ps: Silvina Hollidge

To. Lucia Campilongo.

Mta: Georgina Trossero.

- **Seminario I Recorrido histórico de la locura.**

Modalidad teórica. Duración 4 horas.

- **Seminario II Concepto de salud, sujeto.**

Lugar que ocupa el diagnóstico.

Características de las instituciones.

Dispositivos.

Modalidad teórica. Duración 8 horas.

- **Seminario III. Trabajo en equipo. Multidisciplina, Interdisciplina y Transdisciplina.**

Modalidad teórica práctico. Duración 4 horas.

- **Seminario IV. Terapia ocupacional.**

Modalidad teórica. Duración 2 horas.

- **Seminario V. Musicoterapia.**

Modalidad teórica. Duración 2 horas.

- **Seminario VI. Psicología.**

Modalidad teórica. Duración 2 horas.

- **Seminario VII. Derechos de los pacientes. Disposiciones de accesibilidad.**

Modalidad teórica. Duración 2 horas.

- **Seminario VIII. Comunidad e inserción. Laboral, vincular y social.**

Modalidad teórica. Duración 2 horas.

- **Seminario IX. Entrada al campo. Diagnóstico de situación.
Abordaje metodológico.**

Modalidad teórica. Duración 4 horas.

- **Seminario X. Restablecimiento de vínculos sociales. Reinserción de pacientes internados de larga data. Estrategias de intervención.**

Modalidad teórica. Duración 4 horas.

- **Seminario XI. Integrador. Elaboración y exposición de casos clínicos en grupos.**

Modalidad teórica. Duración 6 horas.