



**Universidad Abierta Interamericana**

**Facultad de Psicología**

**Licenciatura en Musicoterapia**

**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

**Ley Nacional de Salud Mental: cambios y desafíos para la  
práctica clínica musicoterapéutica.**

**Título a obtener: Licenciada en Musicoterapia**

**Tutora: Lic. Marisabel Savazzini**

**Autora: Guadalupe Amieva**

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires, diciembre 2021.**



“Las manos de la esperanza” – Serie “La Edad de la Ira” de Oswaldo Guayasamín.

“Esta sociedad es oscura, los ricos son cada vez más ricos y los pobres cada vez más tremendamente pobres. Ciudades y países enteros son convertidos en cárceles donde los muros de la muerte y el miedo imponen el silencio. Sería pueril considerar que se trata de casos patológicos aislados, patológico es el sistema que establece la violencia como forma de gobierno.”

Oswaldo Guayasamín.

## **RESUMEN**

En 2010, luego de un extenso trabajo asambleario que tuvo como participantes a diversos actores del campo de la salud mental: los trabajadores profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeras), los usuarios y sus familiares, se llevó al Congreso de la Nación Argentina el texto de la Ley de Salud Mental (LNSM) y se aprobó el día 25 de noviembre del mencionado año con el número 26.657. Su reglamentación sucedió el 29 de mayo del año 2013. Dentro de este ámbito de salud, los musicoterapeutas tienen un lugar de trabajo donde desarrollar su clínica. Este trabajo se propone indagar la experiencia de musicoterapeutas del ámbito de la salud mental en los procesos de cambio que propone y moviliza la LNSM en esta década; identificar y reconocer las modificaciones implementadas en la clínica y esbozar el contexto sociopolítico en el que se atravesaron estos cambios.

Para ello se utilizará la herramienta de la entrevista semiestructurada como método de recolección, para luego realizar el análisis de datos propio de la investigación cualitativa.

**CONCEPTOS CLAVE:** Musicoterapia – Ley Nacional de Salud Mental  
– Dispositivo – Práctica Clínica – Desmanicomialización

## ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ÍNDICE.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
<i>Antes de comenzar, un posicionamiento</i> .....	4
<i>Planteo del Problema</i> .....	5
<i>Objetivos</i> .....	6
<i>Justificación y Relevancia</i> .....	7
CAPÍTULO I: Estado del Arte .....	8
CAPÍTULO II: Perspectiva Teórica .....	12
Paradigma de la Complejidad .....	12
Interdisciplina .....	14
Dispositivo .....	16
Paradigma Estético .....	19
Práctica Clínica.....	21
Vínculo .....	25
Ética.....	28
Desmanicomialización.....	30
CAPÍTULO III: Abordaje Metodológico .....	36
Tipo de investigación y alcance.....	36
Criterio de muestreo de los “casos” .....	36
Instrumento de Recolección de Datos: Entrevistas .....	37
Guion de la Entrevista .....	39
CAPÍTULO IV: Análisis de los Datos.....	41
Categoría 1: Perspectiva Teórica.....	42
Categoría 2: Lecturas .....	52
Categoría 3: Emergentes.....	59
CAPÍTULO V: Conclusiones .....	67
AGRADECIMIENTOS.....	72
BIBLIOGRAFÍAS.....	74
<i>Bibliografía Conceptual</i> .....	74
<i>Bibliografía Metodológica</i> .....	76
ANEXO 1 – Matriz de Selección de Casos .....	78
ANEXO 2 – Presentación de la investigación y Consentimiento Informado .....	79
ANEXO 3 – Entrevistas .....	82

## INTRODUCCIÓN

### *Antes de comenzar, un posicionamiento*

En los últimos años presenciamos una lucha social y política, impulsada por los feminismos, que plantea la necesidad de un cambio de paradigma: cambios en nuestras formas de vincularnos sin violencia, en nuestra forma de nombrarnos y en nuestras formas de autonomía.

Como personas que son interpeladas y que se sienten parte de esa marea que vino a cuestionarlo todo, nos parece pertinente la elección de escribir esta investigación con lenguaje inclusivo y justificar la elección.

Entendemos a la lengua como un territorio de disputa, y a la e, la x, la arroba (@) como herramientas para la visibilización de las existencias diversas; son formas de cuestionar lo establecido, de incomodar a la norma y de darle lugar para *ser* y *estar* a aquellos que habitan los bordes de un sistema binario y cisheteronormativo. El uso de lenguaje inclusivo es militancia por un mundo donde todes tengamos la posibilidad de existir en nuestro modo singular. En este aspecto, consideramos que se solidariza y camina de la mano con la lucha y militancia desmanicomializante.

¡Que vivan todas las luchas que peleen “por un mundo donde seamos socialmente iguales, humanamente diferentes y totalmente libres” !, como escribió, hace ya mucho tiempo, Rosa Luxemburgo.

## *Planteo del Problema*

Desde sus inicios, el campo de la salud mental estuvo sostenido por tres ejes: 1) la estigmatización, marginalización y violencia hacia las personas diagnosticadas con alguna patología psíquica; 2) la institucionalización de éstas y 3) su supeditación a las decisiones de los médicos psiquiatras.

La LNSM sancionada en 2010 propuso un cambio de paradigma en el cual, desde la perspectiva de derechos humanos, la lectura compleja del concepto de salud y el trabajo interdisciplinario, se propone una democratización de la información y la toma de decisiones (incluyendo la opinión de los usuarios) y la atención de las problemáticas de la salud mental en la comunidad.

El objetivo que se persigue es dejar de lado los distintos tipos de violencias que supone la hegemonía médico-psiquiátrica y la institucionalización desde la perspectiva capacitista que ejerce el sistema de salud sobre los usuarios.

Una de las estrategias para la democratización es el trabajo interdisciplinario: trabajo en equipo, conformado por profesionales de diversas disciplinas para debatir y tomar decisiones desde una mirada compleja.

Dentro de estos equipos podemos encontrar musicoterapeutas ejerciendo. Uno de los aspectos centrales de la ley trabaja sobre la potencia del abordaje complejo de la salud mental y sus usuarios, y propone el entramado de saberes y prácticas de diferentes disciplinas, buscando instancias de generación de acuerdos. Entonces, nosotros nos preguntamos: **¿Cuáles son los cambios que la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) generó en la práctica clínica musicoterapéutica de los profesionales en el ámbito de la salud mental?**

### ***Objetivos***

A- Identificar y caracterizar los cambios producidos en la práctica clínica a raíz de la implementación de la mencionada ley.

A<sup>1</sup>-Indagar, en el recorrido de su práctica clínica entre los años 2009 y 2019, sobre las posibles transformaciones en las concepciones de sujeto, vínculo, interdisciplina y concepciones éticas.

B- Explorar los dispositivos de trabajo de los profesionales seleccionados.

## *Justificación y Relevancia*

Creemos importante analizar los primeros diez años de la propuesta de un nuevo paradigma de salud para evaluar el lugar que ocupa la Musicoterapia en el ámbito de la salud mental, ya que consideramos que puede brindar propuestas de contención y acompañamiento en la atención de personas con padecimiento psíquico.

A su vez, sostenemos que la práctica reflexiva sobre el quehacer musicoterapéutico puede nutrir el ejercicio, colaborar en la forma en que nos damos a conocer a las disciplinas compañeras y fortalecer los lazos y redes interdisciplinarias, en beneficio de los usuarios y la comunidad.

Por último, entendemos que con este estudio colaboraremos en la construcción de la disciplina a futuro, tanto en los lugares de trabajo como en las aulas; evaluando si hay deudas pendientes y desafíos a afrontar como comunidad de musicoterapeutas.

## **CAPÍTULO I: Estado del Arte**

Para el abordaje de este trabajo, comprendimos la necesidad de recurrir a los saberes que anteriormente se desarrollaron en nuestra disciplina y a los saberes confeccionados por otras áreas, a saber: el derecho, la medicina y la psicología. El estado del arte está compuesto entonces por:

- “Vidas Arrasadas”, un informe del año 2007, sobre el estado de situación de los derechos humanos y salud mental en los asilos psiquiátricos de nuestro país escrito por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) en conjunto con la Mental Disability Rights International (MDRI). En él, las dos organizaciones dan cuenta de la infraestructura de los hospitales monovalentes, las condiciones de trabajo de los profesionales, las condiciones de vida de los pacientes y su tiempo de internación. El texto concluye con recomendaciones, entre ellas, la creación de una ley nacional y la instalación de una nueva normativa para el campo de la salud mental.
- Un artículo de Mario Rovere y Laura Sacchetti titulado “¿Cómo surgieron las colonias psiquiátricas?” (2018), publicado en la revista “Soberanía Sanitaria”, donde los autores historizan los comienzos de los asilos psiquiátricos en Argentina a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX. En ella, contextualizan política, social y económicamente los momentos históricos donde nacen el hospital y la disciplina psiquiátrica en nuestro país.
- Un artículo de Mario Woronowski: “Encrucijadas” (2018), publicado en la misma edición de la mencionada revista, donde aborda los puntos conflictivos que generó y genera la LNSM y que atraviesan a toda la comunidad del ámbito de la salud mental.
- Un artículo escrito por la musicoterapeuta Laura Rossi: “El musicoterapeuta ante el nuevo paradigma de salud. ¿Nuevo paradigma para el musicoterapeuta?”, donde aborda la concepción de sujeto de la ley 26.657 y la hace dialogar con su práctica clínica en el Hospital “Braulio Moyano”. En él, la autora concluye que este “nuevo paradigma” que inaugura la ley, no es tal para el equipo de musicoterapeutas del

hospital: la ley no modificó las prácticas de los profesionales en relación con su concepción de sujeto, dado a su formación sensible y subjetivante.

- Una ponencia escrita por las licenciadas Pedro Altamiranda, Gabriel Abramovici, Alicia Topelberg y el musicoterapeuta Uriel Fernández, presentada en el Congreso Latinoamericano de Musicoterapia del año 2016. Titulada “Legalidad en Musicoterapia y Salud Mental. Puntos de llegada y desafíos”, en ella se proponen indagar en el cambio de paradigma y las nuevas perspectivas de trabajo que se presentan a raíz de la sanción de nuestra Ley de Ejercicio Profesional y la LNSM.
- Una ponencia de las licenciadas Ebley González y Marisabel Savazzini, presentada en el año 2019 en el III Encuentro Latinoamericano y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental. Se titula “Musicoterapia: Espacios de Trama y Resistencia”; en este escrito, las autoras contextualizan la actual práctica de los musicoterapeutas (en ámbitos de la salud mental y en educación, sobre todo) y su implicancia política, vinculando: el contexto económico neoliberal y sus feroces ataques a los sectores ya mencionados, las posibilidades de unir arte y salud que tienen los musicoterapeutas y el compromiso socio-comunitario que tuvo y tiene el gran colectivo de profesionales de la salud mental en contextos de crisis.
- La tesis de licenciatura de Bárbara Pizarro, psicóloga por la Universidad del Aconcagua, titulada: “La implementación de la ley de salud mental y el rol del psicólogo en el nuevo paradigma”, en la cual se propuso indagar cómo los psicólogos vieron transformada su práctica a raíz de la LNSM y cómo piensan su formación y su trabajo en relación con el nuevo paradigma.

En ella realiza un recorrido por las transformaciones que tuvo la disciplina en su historia en el país, opiniones de los entrevistados sobre su formación y la formación actual, sus espacios de trabajo, y los paradigmas que contextualizan la práctica.

Concluye su trabajo dando cuenta de que los psicólogos conocen, en su mayoría, el paradigma de Derechos Humanos y que lo aplican; también sobre lo actualizada que se encuentra el marco teórico actual de la carrera, en sintonía con la ley sancionada.

- La tesis de licenciatura de Valentina Aranda Botella: “Locura, ética y libertad. Buscando revoluciones moleculares en ámbitos manicomiales” (2016), musicoterapeuta por la Universidad Abierta Interamericana - Sede Rosario, donde reflexiona sobre sus vivencias formativas en Salud Mental a lo largo de la carrera, entramándolas con una historización del dispositivo de la locura y su normativa (tanto en Francia como en Argentina), con lecturas deleuzianas y abordando a conclusiones que apuestan a la creación de alternativas y, sobre todo, al derecho de los pacientes a ser escuchados en sus deseos y necesidades.
- La tesis de licenciatura “Apertura de espacios de creación y libertad. Una experiencia con y a través del Arte en el campo de la salud mental” (2018), de Agustina Angel, musicoterapeuta por la Universidad Abierta Interamericana - Sede Rosario. En el escrito, la autora se propone analizar los procesos de salud de un grupo de concurrentes de una clínica psiquiátrica privada donde realizó sus prácticas pre-profesionales, observando también el momento histórico y el marco legal (nacional y provincial) del campo de la salud mental.  
Su trabajo propone una lectura cartografiada, examinando en detalle los componentes (realidad institucional, lectura grupal, momento sociopolítico) y sus relaciones, que crean un escenario para sus preguntas y el trabajo interdisciplinario de la escritora y su compañera, una danzoterapeuta.  
Sus conclusiones visibilizan la complejidad del trabajo en salud mental y la resistencia del sector para defender los derechos de los usuarios. A su vez, apuesta a la creación de modalidades de trabajo e intervención que busquen la horizontalidad, la creatividad y la reflexión como ejes de una posición ética.
- La ley N° 448 “Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires”, sancionada en el año 2000 y promulgada en el mismo año en el boletín oficial. En ella, siguiendo la línea de la ley N° 153 “Ley Básica de Salud”, se decretaron las bases del Sistema de Salud Mental de la Ciudad, con delineamientos claros sobre los derechos de las personas con padecimiento psíquico; la obligación del Estado de disponer del personal capacitado, los dispositivos e instituciones necesarias para garantizar tales derechos; la regulación de la internación como recurso terapéutico y

la unificación de la historia clínica para garantizar un seguimiento adecuado de la persona; los órganos de aplicación y control y los lineamientos éticos que se deben seguir en la atención de salud mental.

- La ley nacional 26.657 “Ley Nacional de Salud Mental”, sancionada en el año 2010 y promulgada en el año 2013. El escrito de la ley contempla la conceptualización de la salud mental y los derechos de las personas que requieren acompañamiento y atención debido al padecimiento psíquico; la modalidad de intervención de los profesionales y los derechos de los usuarios; la regulación de la intervención de la internación como recurso terapéutico y la promulgación de recursos y dispositivos alternativos; el órgano de revisión y las modalidades de trabajo a nivel nacional.
- La ley 26.994 “Código Civil y Comercial de la Nación” (CCC) sancionada en el año 2014, donde se reformaron una cierta cantidad de artículos del antiguo Código Civil, para el pleno ejercicio y la plena implementación de nuevos derechos adquiridos por la población. Dentro de esta reforma, se elimina la insania y se promueve la capacidad de ejercicio de derechos, con apoyos necesarios para quienes vean su capacidad restringida.

Los trabajos coinciden en mayor o menor medida con el objetivo de este estudio, algunos historizando, otros involucrándose en el campo específico de la salud mental. Si bien no hay algún antecedente directo sobre nuestra temática en musicoterapia, todos dialogan y aportan al pensamiento y escritura de esta investigación.

## CAPÍTULO II: Perspectiva Teórica

Nuestra perspectiva teórica se sustentará en autoras y autores provenientes de los campos de: la psiquiatría y la psicología (de la perspectiva psicoanalítica y desmanicomializante); la musicoterapia y el teatro, con la perspectiva del pensamiento estético; la filosofía y el derecho, abordando nociones desde el paradigma de la complejidad.

Se desarrollará por ejes conceptuales a saber: **paradigma de la complejidad, interdisciplina, dispositivo, paradigma estético, práctica clínica, vínculo, ética y desmanicomialización.**

La elección de estos ejes responde a que consideramos que reflejan los pilares sobre los que se basa nuestra formación y son, a su vez, la constelación de saberes desde donde nos anclamos para plantear la investigación y leer sus resultados.

Comenzaremos, entonces, por el primer concepto mencionado más arriba: **paradigma de la complejidad.**

### Paradigma de la Complejidad

“... con pensamiento de caracol.”

- “Pensamiento de caracol”, de Gustavo Pena

En “Epistemología de la complejidad” (1995), Edgar Morín escribe sobre las *dificultades* para explicar cosas: fenómenos, situaciones, pensamientos, etc.

“Hay complejidad dondequiera se produzcan enmarañamiento de acciones, de interacciones, de retroacciones” (p.1), dice el autor en los primeros párrafos del escrito.

La complejidad nos propone hacer visible la cantidad y la calidad de cuestiones a las que hay que atender para poder comprender aquello que sucede; implica el reconocimiento de lo que tenemos delante: a primera vista puede ser un caos (que no nos permite vislumbrar con claridad), un orden o un desorden donde identificamos elementos sin reconocer sus conexiones. Podemos indagar la posibilidad de que los elementos

respondan a un orden ajeno al nuestro o a la imposibilidad de encontrar orden alguno, incluso poder pensar que no se ha establecido uno aún. “[...] si existe un pensamiento complejo, este no será un pensamiento capaz de abrir todas las puertas sino un pensamiento donde estará siempre presente la dificultad”. (Morin, 1995, p.1)

El todo está constituido por diferentes partes, elementos que se encuentran articulados y ensamblados, nada está del todo aislado en un universo. El pensamiento complejo implica no dejar de preguntarnos, y de preguntarles a las cosas, las razones o irracionalidades de los nexos, el porqué de su organización, de su trama.

Un poco más avanzado el texto, Morin repasa aquellas ciencias que tuvieron que flexibilizar sus fronteras y formar constelaciones de saberes para poder avanzar en sus estudios (por ejemplo, las ciencias de la tierra) y propone: “Habría que generalizar esa idea (*ciencias que complejizaron sus fronteras*) y reemplazar la idea de objeto, que es cerrada, monótona, uniforme, por la **noción de sistema**. Todos los objetos que conocemos son sistemas, es decir, están dotados de algún tipo de organización”. (1995, p. 4). Apenas unos años más tarde, Mario Rovere, sanitarista argentino, escribiría una propuesta superadora: conformar *redes*. “La concepción de sistemas es un gran homogeneizador. Redes, en cambio, parte de otra lógica, parte de asumir heterogeneidad. Redes no homogeneiza, redes asume la heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas.” (1997, p.21). Imaginar redes, para Rovere, implica poder pensar lugares de articulación donde se trabaja en conjunto, pero a su vez los actores mantienen autonomía. Las redes sostienen a los sujetos y les permiten conectar, vincularse.

Entendemos que las redes que puedan armar las personas y, a mayor escala, las disciplinas, combaten el reduccionismo y proponen lecturas sobre los universos que se nutren recíprocamente, permitiendo que el conocimiento y las prácticas cuenten con mayor alcance y un campo mucho más amplio.

¿Por qué proponemos el paradigma de la complejidad para conceptualizar la salud mental? Porque la complejidad invita a que diversas miradas (desde diversos cuerpos teóricos y diversas disciplinas) se involucren, se entremen y formen tejidos. En salud mental, donde lo que está en juego es el acompañamiento de una dolencia subjetiva, los conocimientos nunca sobran: la complejidad nos propone pensar el trabajo en **interdisciplina** y el armado y la reflexión sobre **dispositivos**.

### **Interdisciplina**

*“Cada uno de nosotros vale/  
y más vale todavía/  
Que estemos juntos”*

- “Juntos”, Pampa Yakuza (2007).

Para hablar de interdisciplina, seguiremos con las reflexiones del filósofo Edgar Morin. Según el autor la práctica interdisciplinaria puede tomar dos caminos: por un lado, ser sólo una reunión, una convergencia de varias disciplinas sobre un mismo objeto de estudio, o, desde otra perspectiva, significar un intercambio y un ejercicio de cooperación, deviniendo algo orgánico, creando y aportando algo nuevo a partir de la difuminación de fronteras.

Alicia Stolkiner, psicóloga argentina, en 2005 escribió que la práctica interdisciplinaria implica, por un lado, aportar a una construcción de conocimiento que cuestione las linealidades de la causalidad y por otro, adherir a la lectura de situaciones desde una mirada compleja y coral. “La interdisciplinareidad (sic) es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina.” (p.5).

La incompletud, la necesidad de complementar la voz propia con las voces y teorías de otros para proponer un camino saludable, es un posicionamiento epistemológico y ético: implica asumir la complejidad de la vida de un sujeto y una cautela al reconocer que desde una sola

disciplina no podemos abarcarlo ni saberlo todo. Rescatamos las palabras de la musicoterapeuta argentina Mónica Papalía (2002): “La interdisciplina es un acto de confianza”, es una forma de pensar que aliviana el peso de un trabajo arduo como lo es el acompañamiento del padecimiento psíquico.

Nos interesa tener al trabajo interdisciplinario como perspectiva de lectura porque en las instituciones de salud mental, les musicoterapeutas se encuentran trabajando en equipos conformados por profesionales de diversas disciplinas.

Entendemos que a los profesionales se les hace necesario circular entre varios discursos, y generar códigos compartidos, para el beneficio de los usuarios de servicios y sus familias.

Posicionarse desde la interdisciplina para trabajar es abrirse a la multiplicidad de saberes, es el abordaje desde estrategias innovadoras y singulares porque nacen del entramado de personas con formas singulares de pensar y sentir.

La potencia de la interdisciplina radica en que requiere de ciertas aperturas: apertura desde la empatía, entendiéndola “como un concepto multidimensional integrando tanto aspectos afectivos como cognitivos” (Vargas, p. 5, 2020). Como nos explica la musicoterapeuta Evelyn Nadia Tracchia (2020), el ejercicio empático, además de tener un componente afectivo, “posibilita la adopción de perspectivas” (p.11), lo cual permitiría que los profesionales puedan pensar y actuar a partir de la apreciación de los saberes de los otros y en el interés de construir un conocimiento para que esté al servicio de quienes lo necesiten.

Nos encontramos así, con el beneficio de ver crecer a las disciplinas involucradas tanto en sus corpus teóricos como en sus prácticas.

También reconocemos que, más allá de la capacidad empática de los profesionales, es un compromiso ético y político de ellos poder proponer en sus dispositivos de trabajo estas formas de abordaje.

Que una ley de carácter nacional lo nombre como forma de trabajo privilegiado nos parece algo para celebrar y un hito interesante para indagar: son las propuestas de los artículos 8° y 13° (de los capítulos

“Modalidad de abordaje” y “Del equipo interdisciplinario”, respectivamente) los que nos abren las preguntas directrices de este escrito, sobre cómo han trabajado y pensado los musicoterapeutas el ámbito de la salud mental en ésta última década.

### **Dispositivo**

*“Nunca las decisiones que se toman son “neutrales” o carentes de contenido ideológico.”*

- Marcelo Sandomirsky, 2010, p.80.

La noción de dispositivo es acuñada por Michel Foucault, en su etapa genealógica, para poder indagar en los procesos que unen al poder con los elementos discursivos y los extradiscursivos.

Ana María Fernández en su libro “Las lógicas colectivas” (2008), explica que la noción de dispositivo guarda dentro de sí dos instancias:

(...) en primer lugar se refiere a la red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, arquitecturas, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no dicho. En segundo lugar, el dispositivo establece la naturaleza del nexo que puede existir entre estos elementos heterogéneos. (p.113)

Los dispositivos enmarcan el terreno de lo posible, en ellos se dan las prácticas que crean una realidad. La autora cita a Tomás Abraham (1995) para decir que “los significantes pertenecen a una red política” (p.112). Para analizar esa red política, pensaremos desde las palabras de Marcelo Sandomirsky, que en el capítulo 4 del libro “Psicología y Salud Pública” (2010), indaga cómo las políticas públicas construyen subjetividad, entendiendo que las medidas que dispone un Estado portan una ideología que busca interpelar, convencer y representar sujetos.

Es decir: hay una ideología, con una concepción de sujeto, que desde el poder busca implementar medidas para cambiar, o en el mejor de los casos *mejorar*, la calidad de vida de esos sujetos.

Así, el Estado *dispone*, prepara un territorio para que *algo suceda de cierta manera*: crea y pone en acción **dispositivos de políticas públicas** (DPP). Estos implican una lectura y una interpretación de la realidad para accionar un cambio sobre la misma. Será función del Estado crear un gran encuadre social para que elementos heterogéneos se entremen con y en el hacer de las personas y a su vez, definir este hacer.

Tomando el texto de la LNSM, en su artículo N° 7 se dispone lo siguiente:

**ARTICULO 7°** — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;

- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Se construyen así territorios donde están dadas las naturalezas de los nexos, tanto las condiciones de posibilidad, visibilidad y enunciabilidad, como los silencios y las ausencias.

Nos resulta importante realizar esta parada conceptual, tanto en la noción general de dispositivo como en la noción de DPP, porque es la base de nuestra idea directriz de investigación: entendemos que la Ley Nacional de Salud Mental (un DPP) ha sido propulsada y escrita para visibilizar una problemática, para cambiar y mejorar la calidad de atención en el ámbito de la salud mental, y representa un cambio tanto para usuaries como profesionales, sobre todo en las lógicas inherentes a los grupos y las instituciones, donde operan las aperturas y las resistencia al cambio (de usuaries, profesionales y sus corporaciones).

Dentro de los profesionales implicades en el cambio de paradigma, encontramos musicoterapeutas.

La musicoterapia (con sus diversas posiciones y formas de abordar) es parte de uno de los elementos que componen ciertos dispositivos educativos y de salud. Les musicoterapeutas intervienen (y son intervenidos) en ellos; disponen su labor y, en el trabajo con otros, crean y reproducen los dispositivos. Indagar en lo que les pasó durante los procesos de cambio que motoriza la ley es el objetivo de este trabajo.

Conceptualizaremos a la musicoterapia desde el paradigma estético; posicionamiento que aporta una mirada que busca potenciar las singularidades y abrirles camino. A continuación, profundizaremos un poco más en estos postulados.

### **Paradigma Estético**

*“Arte es el objeto, material o inmaterial. Estética es la forma de producirlo y percibirlo. El arte está en la cosa; la estética, en el sujeto y su mirada.”*

- Augusto Boal, 2015, p.25.

Desde esta casa de estudios, pensamos a la estética desde su etimología griega, *aisthetikos*, que significa a lo que es susceptible de percibirse por los sentidos (Rodríguez Espada, 2015, p.101).

La Estética es la percepción singular de lo que nos rodea a través de los sentidos, y el proceso donde toda esa información sensible atraviesa los esquemas de lectura y comprensión del mundo de los sujetos.

Una de sus características es la contextualización de la percepción. Esta se nutre de nuestras ideologías, nuestras vivencias, el marco político, el socioeconómico y la cultura. Según Boal (2015): “No existe la mirada pura: es imposible deshacernos de la carga social (cultural) que forma parte de nuestro cuerpo y de nuestra mente. Esa carga es el poderoso filtro a través del cual vemos el mundo” (p.37). A través de nuestra percepción formalizamos el mundo, lo comprendemos e intervenimos en él.

Podemos señalar la potencia del paradigma estético en la inauguración de una posición que reconoce la integralidad de las personas: potencia que lee aristas y sombras, que se detiene en los detalles y que desde ellos apuesta a la apertura de posibilidades, a la pluralidad de formas. Al entender que hay tantas percepciones como personas en el mundo, encontramos infinitas estéticas y posibilidades de operar en y con los materiales capaces de portar dentro de sí los lenguajes del arte, diría Boal: Palabra, Imagen y Sonido. Nosotres agregamos el gesto, la corporalidad y el movimiento. Materias vacías, pasibles de recibir y portar significados y sentidos sin aprioris.

La lectura estética de las situaciones también nos da pistas sobre identidades construidas, sobre formas de pararse en el mundo que, en ocasiones, puede operar contra las personas generando padecimiento.

Hay resonancias del paradigma estético y la posición que propone la ley, enunciada específicamente en el Capítulo II, art. 3° (2010):

**ARTICULO 3°** — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Encontramos coincidencias sobre una noción de sujeto complejo y la comprensión de éste desde sus procesos históricos; vemos que se evita el reduccionismo del diagnóstico *sin descartarlo*, pero sí tomándolo como un dato más a involucrar en el acompañamiento integral de la persona que padece.

El paradigma estético es una posición desde la cual detenerse a observar aquello que suena en los espacios de encuentro musicoterapéutico, una forma de involucrarse y de apertura para quienes lo transitan.

En estos encuentros, se hacen presentes diálogos desde formas y materias diversas, donde se indaga en aquello que adolece, y se propone un camino compartido para transformarlo.

En este trabajo indagaremos en la clínica musicoterapéutica en el ámbito de la salud mental.

### **Práctica Clínica**

*“[...] la clínica es, per se, un instrumento mediador en el encuentro de (por lo menos) dos subjetividades.”*

- David Amorín Fontes, 2003, p.1.

¿Qué es la práctica clínica?

Foucault, en su libro “El Nacimiento de la Clínica” (2001) reconstruye la historia de este concepto creando una genealogía. En un principio, la clínica *médica* era pensada y practicada desde la mirada: el médico trabajaba en base a lo que veía y esa información era cotejada con sus

conocimientos (más rudimentarios, adquiridos desde la mirada y la cercanía con los pacientes).

Con el surgimiento de los hospitales y las primeras universidades, el conocimiento comienza a sistematizarse: inicia un tránsito institucional para crear métodos. En la formación y práctica clínica de los nuevos médicos

“se trata de adquirir un dominio operatorio sobre las cosas por un justo uso sintáctico y una difícil familiaridad semántica del lenguaje. La descripción, en la medicina clínica, no tiene por sentido poner lo oculto, o lo invisible, al alcance de los que no tienen acceso a ello; sino hacer hablar lo que todo el mundo ve sin verlo, a los únicos que estén iniciados en la verdadera palabra.” (Foucault, 2011, p. 166).

Hay un cambio sustancial en la forma de aprender y, por consiguiente, de vincularse y tratar a las personas enfermas: la medicina comienza a ser una disciplina en la que sólo quienes hayan accedido a una formación llegan a *saber* qué es lo que pasa en los cuerpos (y las mentes) de les enfermes. El saber implica un lenguaje reservado sólo para un grupo reducido, cosa que lo hace inaccesible para el resto de las personas, incluidos los pacientes.

Se instaura, así, una posición de poder que perdurará por siglos<sup>1</sup>.

Con el surgimiento de nuevas disciplinas, la clínica dejó de ser territorio para la medicina solamente: las ciencias de la salud comienzan a hacer su recorrido, entre ellas, la musicoterapia.

-----  
*“No se me quede, José, por favor/  
Alguna vuelta le vamo' a encontrar/  
Y déjese de pensar/  
Que la música es una nota”*

---

<sup>1</sup> La historia del paradigma médico hegemónico en el campo de la Salud Mental, y las alternativas que hubo a lo largo de la historia específicamente para este ámbito, la repasaremos más adelante en el apartado “Desmanicomialización”.

- “José Sabía”, Alejandro Balbís y Sebastián Teysera (2019).

En tesis de licenciatura de Pedro Altamiranda (2015) se encuentra un extenso recorrido de las diferentes concepciones, dentro de Argentina, sobre “la música como agente terapéutico” (p.31).

Las primeras relaciones, según menciona el autor, fueron entre Música y Medicina, luego entre Educación Especial y Música, ambas respondiendo al paradigma preponderante.

En palabras de Pedro: “poco a poco se fue “preparando el escenario” primero para la aparición de la Musicoterapia como Saber y luego como Disciplina, en el territorio de nuestro país.” (Altamiranda, 2015, p.15).

Según la World Federation of Music Therapy:

La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como forma de intervención en el entorno médico, educativo y de la vida cotidiana con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su salud y bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual y espiritual.

La investigación, práctica, educación y la formación clínica se basan en los estándares profesionales conforme a los contextos culturales, sociales y políticos. (WFMT, 2011).

Establecidos por esta Federación, son cinco los modelos de musicoterapia reconocidos y aprobados mundialmente y éstos enmarcan diferentes prácticas, formas de pensar y abordar tratamientos. Como menciona Gustavo Rodríguez Espada (2018), las organizaciones mundiales apelan a denominaciones sin asperezas para poder abarcar un gran universo de perspectivas diversas.

Marcaremos, entonces, que, si bien en Argentina estos modelos son aplicados, desde nuestra formación y nuestras prácticas -como ya mencionamos- estamos en sintonía y cercanía con el pensamiento estético.

Desde esa posición, pensamos a la musicoterapia como una práctica terapéutica que se sostiene desde un discurso estético: sonoro, corporal, gestual. Es un pensamiento que entiende y ve en ese tipo de discurso un vehículo de expresión de la singularidad y del padecimiento y, a su vez, la posibilidad de movimiento y generación de condiciones de posibilidad de los sujetos en pos de una apertura saludable.

En palabras de Claudia Banfi (2015):

Desde la perspectiva de un pensar estético, es decir, arraigado en lo sensible, el encuentro de musicoterapia es una posibilidad de fundar novedosamente una forma. Una forma material (sonora, corporal), que constituya en sí misma una modificación de las subjetividades involucradas en la medida en que surja como alternativa a lo que se daba. Si esta trans/formación ocurre, hay acontecimiento clínico, acto musicoterapéutico, acontecimiento estético. Ese acontecimiento se da en la música, como sea que ella se manifieste. (p.23)

La clínica de los musicoterapeutas, como terapeutas sonoros (Banfi, 2005, p.5), radica en la transformación de esos sujetos involucrados a través y por “el mundo sonoro que nos rodea en tanto estemos dispuestos a escuchar, a resonar con eso que suena” (Matus, 2017, p.35).

La forma que adopta la materia (la música, “eso que suena”) se percibe en sentido amplio: para la práctica clínica, desde un golpe, un chasquido, melodías instrumentales y/o vocales (preestablecidas o improvisadas), los gestos y el elemento corporal entran en los códigos para armar discursos sonoros.

Majo Bennardis en su tesis “De la Dimensión y la Forma” (2002), reflexiona sobre el campo de conocimiento de nuestra disciplina, que entrecruza al Arte con la Salud y toma al arte para producir discursos en la clínica.

En consonancia con lo que dijimos anteriormente, Majo escribe:

Considerar al Discurso Sonoro como una construcción de sentido, nos permite encontrarnos ante la existencia de Formas que habitan al discurso, Formas que dicen lo que acontece en él, que pueden o no llegar a con-formar una posición posible desde donde situar al Sujeto Productor. (p.11)

Esos Sujetos Productores (les usuarios) aparecen en y con sus formas, nos hablan de ellos y, en el devenir del proceso terapéutico, se apostará a la transformación de estas. El espacio de musicoterapia aparece así como un territorio de ensayo de nuevas formas y vivencias. La clínica es, para nosotros, entendida como contención y marco para el ejercicio de libertades y orientada a las nuevas lecturas, a la creación de alternativas.

Lo importante de *la música* en la clínica es lo que es capaz de portar dentro de sí: la expresión singular de uno u otro, alojada en el espacio terapéutico.

El territorio que les musicoterapeutas invitan a crear y habitar es el del arte con potencia de transformación, un camino donde “aquello que era un orden, una disciplina estética (del vínculo, del cuerpo, del lenguaje, de los afectos, del sufrimiento...) deviene en aperturas, en posibilidades, en alternativas significantes para un sujeto y su entorno social.” (Rodríguez Espada, p.2). La apertura y la alternativa las tomamos como condiciones de posibilidad para un horizonte de salud.

Ese territorio parte de la invitación a transitarlo, por lo menos, de a dos. Es con la presencia y la percepción de un musicoterapeuta que estos territorios se atraviesan.

Y lo principal para transitar los territorios de la musicoterapia, es el establecimiento de un vínculo.

### **Vínculo**

*“El amor va contigo/ Cuando tú vas conmigo/  
Y decimos nosotros en el mismo sentido”*

- “Canción con vos”, Alejandro Balbís (2013).

Comenzaremos por precisar de qué hablamos cuando utilizamos el concepto de **vínculo** con las palabras del psiquiatra y psicoanalista Enrique Pichon-Rivière:

Podemos definir al vínculo como una relación particular con un objeto; de esta relación particular resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, la cual forma un pattern, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto. (Pichon-Rivière, 2014, p. 35)

El vínculo es un concepto acuñado en la Psicología Social, y proviene del concepto “relación objetal” del psicoanálisis, que remite a la satisfacción de la pulsión a través del objeto deseado. El punto de partida es una concepción de relación lineal y unidireccional, desde un sujeto hacia un objeto.

Desde el surgimiento y puesta en práctica de la noción de vínculo, podemos leer, por lo menos, dos cambios importantes y que marcan una diferencia con el concepto de relación objetal: lo primero que podemos extraer es la introducción, en esa relación, de una pauta de conducta, una forma singular de comportarse con ese objeto. La conducta, compuesta por lenguajes *verbales* y lenguajes *analógicos*, tiene valor de mensaje cuando entra en relación con un otro.

El segundo cambio que se genera con el concepto de vínculo es la noción de que ese objeto, no es otra cosa que un “otro”: un sujeto. Con lo cual, podemos inferir que, tanto de un lado como del otro, habrá dos polos con conductas singulares interactuando.

Esta última afirmación, la podemos ampliar siguiendo las palabras del Lic. Gustavo Langan (2017) para marcar una tercera cuestión que complejiza el concepto: “el vínculo es una estructura compleja que incluye un sujeto, un objeto (un “otro”), su interacción y sus procesos de comunicación y aprendizaje.” (p.4).

Aparece aquí la tercera cuestión: la noción de feedback o interacción. Se produce una relación circular con ese “otro”, donde los individuos (sujetos sociales) buscan interactuar para satisfacer sus necesidades y donde les involucradas aportan sus cualidades singulares a la experiencia compartida.

En la medida en que estas experiencias (satisfactorias o no) adquieren una dimensión subjetiva, se construye el mundo interno de los sujetos.

Podemos dar cuenta también de la complejidad y multidireccionalidad de esta estructura: los sujetos trabajan sobre sí mismos y sus necesidades, y elaboran conductas (con valor de mensaje en un tipo de comunicación acordada explícita o implícitamente) para generar interacciones con los otros; conductas que a su vez se ven modificadas, dado la recursividad que se genera a través del aprendizaje de estas y la adaptación de las personas para el ejercicio del vínculo.

Siguiendo a Gabriela Paterlini (2002):

Desde esta perspectiva, consideraremos al vínculo como una estructura dinámica en continuo movimiento, que engloba tanto al sujeto como al objeto. De aquí podemos decir que un vínculo crea un territorio. Este territorio está conformado por la trama discursiva que resulta de la interacción de los sujetos que participan de ese vínculo. En este punto nos estamos refiriendo a redes vinculares, ese particular entramado que se teje en el entre-nos de las relaciones vinculares. (p.10)

Nos interesa destacar los conceptos de **trama discursiva** y **territorio**: la trama que se construye a raíz de la interacción y el aprendizaje de las personas en relación genera a su vez una territorialidad, un espacio donde circulan los afectos, los cuerpos, las emociones, los gestos... los sonidos. Todo esto, en musicoterapia, tiene valor de mensaje: lo analógico y lo implícito son nuestras materias de trabajo. Por consiguiente, elementos para crear discursos no verbales.

Ese territorio nace y se construye entre los usuarios y los musicoterapeutas ubicados en un dispositivo; se genera en la medida en que se inventa un código propio y se lo internaliza, se lo acuerda y es compartido entre varios, a fin de transitar una duda y explorar alternativas que devengan en cierto alivio de algún orden del padecimiento.

Ese territorio que mencionamos será creado a la medida de los permisos y acuerdos que se generen en el vínculo entre dos o más. Las cualidades serán dadas por el posicionamiento ético de los musicoterapeutas.

### **Ética**

*“... y yo quiero que crezcas, que eches raíces fuertes y florezcas con la belleza que yo ya vi antes. Y si me das permiso, puedo venir cada tanto, a ver cuánto has crecido”.*

- “9 de octubre”, Juan Solá (2019).

Cuando mencionamos la ética hacemos alusión a un campo complejo. En principio, según Gabriela Salomone, psicóloga y docente de la cátedra de Ética de la UBA, involucra dos dimensiones: la dimensión normativa y la dimensión del sujeto.

La dimensión normativa tiende a generar un universo, busca abarcar la mayor cantidad de cuestiones probables y proponer acciones y vías posibles frente a ellas. Como dice la autora “hace homogéneos a los ‘cada uno’ en un todos” (p.4). De este campo son ejemplo los Códigos de Ética de las profesiones y las Leyes de Ejercicio Profesional, sancionadas por las diferentes instituciones legislativas. En nuestra disciplina, esa ley es la Ley de Ejercicio Profesional de la Musicoterapia N° 27153 (sancionada en el año 2010 por el Congreso Nacional).

La dimensión de lo singular, en cambio, se encuentra con el sujeto y su situación, donde a veces las normativas no han llegado y la única posibilidad es inventar una salida. La autora nos anticipa: “la confluencia de ambas dimensiones da como resultado la complejización de ambas

partes.” (p.1). El campo singular implica la lectura, la interpretación y la ponderación de la situación y de la normativa vigente.

El campo ético es una avenida de doble mano; esa ida y vuelta entre lo normativo y lo singular de cada situación hacen que la clínica en salud mental implique un posicionamiento desde la **responsabilidad**: ponderar dentro del territorio de lo posible (normativamente hablando) las alternativas más adecuadas para ese sujeto. El campo singular de la ética confronta directamente a los profesionales con su propia singularidad.

En musicoterapia, la ética es una variable importante para la lectura y la propuesta de intervenciones: se busca proponer “el mayor número de alternativas estéticas posible” (Rodríguez Espada, 2016, p.119). Es decir: dentro del territorio de posibilidades de un sujeto, abrir la mayor cantidad de puertas a explorar desde el arte, esperando que en alguna se encuentre lo que esa persona necesita.

Los musicoterapeutas se posicionan en un lugar de apertura y de espera: inventar y presentar posibilidades, esperar a que aparezca la elección o la invención, acompañarla, hacerla crecer y construirla con el otro. La búsqueda nunca es instruir; la búsqueda se inclina más hacia el tránsito de una posibilidad, siendo guiados en (y no guías de) el proceso.

Nos valemos de las palabras de Claudia Banfi (2015) para explicarlo mejor:

“Creemos en la tentativa de estar para el otro desde una ausencia, una nada, un grado cero, apartados del sitio de saber y comprensión en que el paciente muchas veces espera ubicarnos. Sostenemos una ética del silencio. Lo que el musicoterapeuta procura sumergir en el silencio no es su voz, su afectividad, su palabra o su música, sino su saber, accediendo entonces a la potencia que otorgan los actos posibles. Eso intenta habilitar con el otro, una oportunidad.” (2007, p.8)

El posicionamiento es procurar ser espectadores de la re-invención de las personas que habitan los espacios de musicoterapia y estar presentes para acompañar los pequeños momentos en que se dan los acontecimientos

estéticos, para darles entidad y valor. Esta posición encuentra resonancias con la ética de la abstinencia del psicoanálisis que explica Etel Novacovsky en su texto “Relación del Psicoanalista con el saber” (2003), donde el proceso se trata de dar lugar a lo otro, dejando que encuentre una solución propia a su deseo.

La ética invita a un hacer reflexivo sobre los roles que transitan usuarias y profesionales. Todo interjuego de roles implica instancias de poder y, detrás de ellos, se encuentran concepciones de sujeto que pueden tender hacia concepciones más o menos libres. La nada cero, el cuestionamiento al ejercicio del poder del saber por parte de les musicoterapeutas implica una apertura hacia la libertad de les usuarias, y va en sintonía con la LSNM y se abre de la lógica del paradigma médico-hegemónico.

Nuestra LNSM propone la concepción de un sujeto complejo, que tiene derechos entre los cuales se encuentra el respeto a su libertad y a su capacidad de elección. Resaltar esto no es menor: la historia de la salud mental es una historia poblada de vulneraciones de derechos y tratos tormentosos para quienes fueron y son diagnosticadas con algún padecimiento psíquico.

Que una ley de carácter nacional, escrita en sintonía con acuerdos internacionales, contenga a la libertad y al derecho a elegir como base fundacional del texto expresa un cambio paradigmático que es objeto de nuestro trabajo: el salto de un sistema médico hegemónico a un sistema de salud mental con perspectiva desmanicomializante.

### **Desmanicomialización**

*“[...] Ahora veo todo más claro.*

*Estoy loco.*

*Y ese miedo interfiere en la creación de la totalidad.*

*Suspiro, respiro mis días de sensaciones paranormales.*

*Yo; ya hice mi función.*

*La sociedad me condenó.*

*Igualmente gané mi premio.*

*Hoy recito mi testamento.*

*Dejo la tierra en posesión de sus moradores.*

*Sálvenla; porque la han vuelto loca.*

*No soy único, soy varios que se repiten.”*

- “La piedra de la locura. Acto III: LOCURA”, de Pablo Morales (2019).

¿De qué hablamos cuando decimos “desmanicomialización”? Primero estamos marcando, con ese prefijo negativo, algo para cambiar, para desarmar, deshacer. Entonces, debemos explicar qué es aquello que queremos desarmar: **la lógica del manicomio.**

Para esto, deberemos hacer un pequeño repaso de la historia de la psiquiatría: en el año 1656 es creado, por decreto real en Francia, el Hospital General. A este hecho, Michel Foucault lo llamó “El Gran Encierro”, ya que es debido a este decreto que se procedió a aislar y segregar a gran cantidad de personas pertenecientes a segmentos sociales vulnerables (vagabundos, prostitutas, locos, homosexuales, pobres).

A raíz de este acontecimiento histórico, el médico toma un rol principal en la institución: “el psiquiatra asumió el mandato, político y social, de hacerse cargo del enfermo controlándolo bajo internación” (Galende, 2015, p.40).

Con la Revolución Francesa, la premisa sobre la libertad y la igualdad de los hombres hace que el trabajo realizado en el hospital entre en contradicción con la visión política que se estaba planteando; se decreta entonces la libertad de muchos internados (preses políticas en su mayoría). Un par de años más tarde, Philippe Pinel (médico francés) se hace cargo de los hospitales más importantes de Francia y propone un “tratamiento moral” para reeducar a aquellos que se encontraban encerrados.

Ese tratamiento postula el aislamiento como terapia para las “alienaciones mentales”; Paulo Amarante (2019) sintetiza la concepción pineliana de la siguiente manera: “Si las causas de la alienación mental están presentes en el medio social, es el aislamiento el que permite apartarlas, transportando al individuo enfermo a un medio en que las mismas no pueden ya perjudicarlo” (p.31). Es el mismo Pinel quien

elabora la primera nosografía de las enfermedades mentales y quien funda así los primeros hospitales psiquiátricos.

Es interesante destacar aquí que es recién cuando se comienza a encerrar a las personas, que los médicos empiezan a tener la psiquis como objeto de estudio:

“los psiquiatras no contaban con el recurso de precisar una etiología, un modo de producción de los síntomas que siguiera los principios de la patogenia, simplemente optaron por suponer una causalidad, o, en verdad, varias causalidades que solo surgían de sus supuestos y sus prejuicios” (Galende, 2015, p.40).

El hospital, que nació en el seno de la Iglesia católica bajo la premisa de caridad del apóstol San Pablo, se convirtió en el siglo XVII, en una institución que encerraba según los prejuicios de ciertas personas en lugares de poder. Se convirtió a la totalidad de la población en posibles objetos a ser estudiados para, recién ahí, crear cuadros diagnósticos y justificar el encierro y el maltrato que recibían.

Es recién en el siglo XX, en el período de posguerra, que la institución psiquiátrica comienza a ser cuestionada. Paulo Amarante en su libro “Superar el Manicomio” (2019), rescata estas experiencias y las divide en tres grupos:

- en el primer grupo entran las experiencias de **comunidades terapéuticas**, que postulan que el cambio puede realizarse dentro de las instituciones cambiando las dinámicas, apostando por una relación horizontal entre todos los integrantes de estas;
- en el segundo, conocida como “**Salud Mental Comunitaria**” entran las experiencias francesas y estadounidenses que bajo el nombre de “*desinstitucionalización*” buscaron sacar la atención del hospital y llevarla hacia la comunidad (estrategia que termina siendo una gran campaña de captación y derivación de “nuevas clientelas” para los hospitales psiquiátricos);
- en el último grupo, se encuentran las experiencias que ya “no serían experiencias de “reforma” en el sentido extremo del término, en la

medida que iniciaron procesos de rompimiento con el paradigma psiquiátrico tradicional” (p.50). Aquí encontramos la experiencia italiana de Basaglia en Gorizia y Trieste.

Es con la experiencia italiana que comienza a gestarse una idea potente: contemplando el devenir de los dispositivos que fueron creados para cambiar la institución psiquiátrica, la salida no podía ser seguir recreando la institución: había que cambiarla de raíz, había que **anular el manicomio**. La desmanicomialización es “la idea de superación del aparato manicomial, entendido no sólo como la estructura física del hospicio, sino como el conjunto de saberes y prácticas, científicas, sociales, legislativas y jurídicas que fundamentan la existencia de un lugar de aislamiento, segregación y patologización de la experiencia humana” (Amarante, 2019, p.54).

En nuestro país, esta historia de la institución psiquiátrica es replicada e instaurada en sólo un siglo:

“Apenas establecido el Estado (*en 1853*), se inauguraron como tales los actuales Hospitales Borda y Moyano, y a principios del siglo XX, con una lógica de avanzada para la época, las primeras colonias psiquiátricas basadas en la idea de cura moral por el trabajo y el contacto con la naturaleza” (Stolkiner, 2018, p.34)

Argentina llegaría a la época de posguerra con 92 años de paradigma *alienista* en su historia. Será con el peronismo y la perspectiva de salud, que inaugura Ramón Carillo, que les “alienades” pasarían a ser llamados “enfermos mentales”, buscando que sean tratados como cualquier otra persona enferma. Luego, la seguidilla de golpes de estado y democracias inestables haría que el sistema de salud entre en una etapa de desfinanciamiento y fragilidad.

Las experiencias antipsiquiátricas de mediados de los ‘60 hasta los ‘70, como la de Mauricio Goldenberg en el Hospital de Lanús, fueron colmadas de jóvenes en las aulas y los hospitales. Todas sucumbirían ante la última dictadura cívico-militar (1976-1983). Con el retorno de la democracia, tomaron nuevo impulso, esta vez con mayor cantidad de

actores: organizaciones de derechos humanos, de usuaries y familiares de los servicios.

Los '90 transcurrieron con el achicamiento, la fragmentación y segmentación de las incumbencias del Estado en las áreas de salud. Luego de la crisis del año 2001, se redefinió, con los gobiernos kirchneristas, el rol del Estado para que éste sea rector económico, generador de empleo e impulso de políticas públicas con enfoque de derechos humanos. Es en este contexto que se impulsa el debate de LNSM.

La desmanicomialización, movimiento que encuentra expresiones a nivel regional y mundial, viene a patear el tablero y a postular que la sociedad en su conjunto no puede seguir mirando para otro lado, que quien padece “no es solamente un enfermo, sino un hombre con todas sus necesidades” (Basaglia, 2008, p.30). Releyendo la historia de la institución y del nacimiento de la disciplina psiquiátrica, no podemos dejar de hacer una mención: aquellos quienes más padecen son quienes no cumplen con la moral de la época, quienes están más expuestos a la vulnerabilidad y marginalidad social: la locura era y es una cuestión de clase. “[...] los internados pertenecían a las clases oprimidas y el hospital era un medio de control social” (Basaglia, 2008, p.30).

Entender estos conceptos es clave para poder visualizar en qué ámbito les musicoterapeutas se encuentran trabajando: los dispositivos creados, los vínculos entablados, el posicionamiento ético, los encuentros y objetivos terapéuticos propuestos están encuadrados en una institución que durante siglos sólo aisló, estigmatizó y anuló la vida de miles de personas.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, luego de un intenso debate entre colectivos de usuaries, profesionales, familiares y agentes públicos, pudo incorporar en su texto una mirada compleja de sujeto, un posicionamiento político y ético en sintonía con los derechos humanos para las prácticas profesionales y un compromiso con la sociedad.

El escrito propone adoptar un posicionamiento ético y una forma de trabajo que respete la libertad y que permita el diálogo entre diferentes actores y sus opiniones; invita a reflexionar y repensar las instituciones y a crear mejores dispositivos y sobre todo busca generar un cambio social, un movimiento que promueva libertades y entornos más comprensivos y solidarios.

Es desde esta perspectiva teórica que nosotres resonamos y buscamos entrevistar a musicoterapeutas que hayan ejercido durante estos diez años de sanción y aplicación de la ley.

### **CAPÍTULO III: Abordaje Metodológico**

En este capítulo de nuestra investigación, introduciremos a los lectores en nuestras decisiones metodológicas, que nos permitieron esbozar un universo de estudio, un criterio para seleccionar sujetos pasibles de ser entrevistados y el armado de nuestra herramienta de recolección de datos: la entrevista en profundidad.

#### **Tipo de investigación y alcance**

El tipo de investigación que llevaremos a cabo será de **enfoque cualitativo**, de **alcance exploratorio y descriptivo**. Elegimos este método porque, como escribe Hernández Sampieri (2006), “la investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de los seres vivos, principalmente los humanos y sus instituciones” (p.9). Es decir, este enfoque estudia a los sujetos en su ambiente natural e indaga en las significaciones y los sentidos que construyen las personas sobre sus vivencias.

El alcance exploratorio y descriptivo se debe a que la problemática a examinar presenta poco estudio realizado hasta la fecha, y porque buscamos poder detallar en profundidad cómo son y se manifiestan los procesos que creemos que han sucedido a raíz de la sanción de la LNSM.

#### **Criterio de muestreo de los “casos”**

El tipo de muestreo a utilizar en esta investigación es del tipo no probabilístico, intencional. Los musicoterapeutas seleccionados como “Casos” deben cumplir con estos requisitos de inclusión:

- Años de ejercicio (que serán el objeto de indagación en las entrevistas): entre 2009 (o años previos) y 2019.
- Sitio geográfico de ejercicio clínico: AMBA, Provincia de Buenos Aires, Rosario, Mendoza.
- Institucionalidad: instituciones de salud mental, de gestión privada o pública.
- Dispositivos: internación, casas de medio camino, hospitales de día, dispositivos sustitutos.

- Cantidad de casos: 7.
- Condiciones de exclusión: aquellos musicoterapeutas que hubieran iniciado su práctica clínica a partir del año 2010 no ingresarán en el estudio.

La matriz de análisis de datos es estratificada, cruzando la zona geográfica, el tipo de dispositivo, tipo de institución y modalidad de gestión, experiencia en cargos de gestión y en docencia.

### **Instrumento de Recolección de Datos: Entrevistas**

Para abordar el elemento “entrevistas”, utilizaremos como sostén teórico el material de la asignatura “Metodología 2”, Cátedra Moreno, que se dicta en la carrera de Sociología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y el manual de “Metodología de la investigación” de Hernández Sampieri et al.

Comenzaremos por entender a la entrevista cualitativa como una **conversación prolongada**. Nos proponemos una forma de diálogo que es una mezcla entre conversación y preguntas preestablecidas (sin evidenciar la estructura del interrogatorio armado).

Las diferencias con la conversación, según Caplow (Moreno, 2018, p.101), es que en la interacción hay **expectativas explícitas**, y que una de las partes (les entrevistadores) cuenta con la responsabilidad de organizar y mantener el diálogo.

Nos proponemos realizar entrevistas focalizadas, con un guion de preguntas semi estructuradas. Elegimos este tipo de entrevista cualitativa porque creemos que se adapta a las necesidades de la investigación:

- les entrevistades han estado expuestas a una situación concreta (en nuestra investigación esta situación es la sanción de una ley que da nuevos parámetros al ejercicio clínico);
- la situación mencionada ha sido estudiada previamente por los investigadores y han surgido hipótesis;
- el guion es elaborado a raíz del estudio y las hipótesis creadas;
- las entrevistas se centran en las experiencias subjetivas de las personas involucradas.

Para los objetivos de esta investigación, la profundidad y el contexto personal de las personas a entrevistar (denominadas *casos* según el reglamento de Trabajo Final Integrador de la Universidad Abierta Interamericana) son importantes y el marco de la entrevista focalizada permite plantearlo. Las entrevistas de carácter más abierto nos permiten ubicarnos a escuchar la función expresiva, emotiva del discurso de quien habla: encontrar a los sujetos atravesados por la experiencia.

#### *Contacto:*

A les entrevistados se les contactó mediante mail o mensajes de WhatsApp (previo aviso del contacto en común). Se les informó la temática, la metodología y los fines de la investigación mediante un documento escrito por los investigadores y, una vez acordada su participación en este trabajo, se les pidió la firma de un consentimiento informado para grabar las entrevistas mediante audio y/o video.

Ambos documentos mencionados se encuentran en el ANEXO 2, hacia el final de este trabajo.

#### *Diseño de la entrevista:*

La información que consideramos relevante (marcada por nuestra perspectiva y los términos teóricos observables: vínculo, ética, práctica clínica) son las que nos permitirán armar el mapa de las preguntas y tener abiertas algunas posibilidades según el tipo de respuesta que obtengamos. El guion de nuestra entrevista contiene los ejes temáticos a los que nos interesa acceder, siguiendo los objetivos de esta investigación.

Los ejes de nuestra entrevista, y que se desprenden de nuestro estudio de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26657), son:

- (a) Desmanicomialización: es el espíritu de la ley, la base de su escrito, donde se proclaman las nuevas formas de trabajo y los cambios a realizar (según la reglamentación) para poder avanzar hacia un nuevo paradigma de salud mental.
  - (i) Vínculo: en este concepto se encuentran la concepción de sujeto, mencionada en los primeros artículos de la ley, y la construcción y consideración de una relación terapéutica.

(ii) Ética: la posición desde donde se contempla al sujeto, su vínculo con les terapeutas, son parte esencial para focalizar en esta investigación, dado que, según desde donde les musicoterapeutas se posicionen, entendemos que encontraremos diversas formas de trabajo y abordaje.

(b) Dispositivo: aquí entran las redes discursivas de les profesionales, lo que enuncia la ley al proclamar al equipo interdisciplinario como la forma más adecuada de trabajo y sobre todo en la toma de decisiones.

### **Guion de la Entrevista**

*Encuadre biográfico:*

- ¿De dónde sos?

- ¿Cuántos años tenés?

- ¿Dónde estudiaste? ¿Te especializaste en alguna temática?

- ¿Tu actual lugar de trabajo cuál es?

1) ¿Cómo comenzaste a trabajar en Salud Mental?

2) ¿Con qué sostén teórico contabas a la hora de ingresar en el campo de la Salud Mental?

3) ¿Cómo era la modalidad de trabajo?

4) ¿Qué pasó en tu lugar de trabajo durante el debate de la ley?

5) ¿Qué pasó con les pacientes? ¿Hubo instancias de charla, de explicación, de debate sobre el contexto?

6) Luego de la sanción y reglamentación: ¿qué pasó en tu lugar de trabajo con:

- tus colegas?

- les pacientes?

- los grupos familiares?

7) ¿Cómo fue el proceso de cambio, en tu lugar de trabajo, a partir de las modificaciones que proponía la ley?

8) ¿Creés que hay cosas que faltan modificar?

9) ¿Qué creés que queda pendiente en nuestra disciplina para el ámbito de la salud mental?

10) ¿Qué lecturas podés recomendarme?

El guion de la entrevista fue planteado como tentativo, el concepto de conversación dirigida, sumado a los emergentes que trajeron los entrevistados, hizo que algunas de las preguntas no fueran enunciadas pero contestadas, o que se formularan nuevas preguntas.

A continuación, compartiremos el análisis de las respuestas obtenidas.

## **CAPÍTULO IV: Análisis de los Datos**

En este capítulo estableceremos las categorías de análisis con las que leeremos las respuestas obtenidas en las entrevistas, compartiremos los fragmentos que nos ayuden a desarrollar el cruce con los elementos teóricos con los que contamos e intentaremos esbozar posibles respuestas al interrogante de este trabajo: **¿Cuáles son los cambios que la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) generó en la práctica clínica musicoterapéutica de los profesionales en el ámbito de la salud mental?**

Separaremos tres grandes categorías de análisis, a saber: en la categoría 1 estarán los pasajes de las entrevistas que responden a la perspectiva teórica del escrito; en la categoría 2, las lecturas que hacen los musicoterapeutas sobre el contexto y las instituciones y en la categoría 3, las respuestas que reflejan emergentes (mencionados por los entrevistados).

### **1) Categoría 1: Perspectiva Teórica.**

#### **2) Categoría 2: Lecturas**

- a) Lecturas institucionales
- b) Lecturas sociopolíticas del contexto

#### **3) Categoría 3: Emergentes**

- a) Contextos y condiciones de las provincias
- b) Contextos y condiciones económicas
- c) Contexto de la pandemia del SARS-COV-2

Compartiremos a los lectores el criterio de las distinciones que hemos realizado:

La categoría 1 está relacionada con la perspectiva teórica y no cuenta con subcategorías. Esto se debe a que nos fue necesario, en la primera parte de este escrito, poder separar paradigmas y conceptos para abordarlos. En esta segunda parte, donde la tarea que nos convoca es cruzar los testimonios con nuestra teoría, nos hemos encontrado con que, aquello que habíamos dividido, en lo real de la práctica de los profesionales se

haya entramado densamente; separar en términos puede ser contraproducente y llevarnos a omitir análisis importantes (y los primeros esbozos de posibles conclusiones).

La categoría 2 rescata las lecturas institucionales, donde les musicoterapeutas dejaron opiniones sobre las instituciones donde están alojados sus dispositivos de trabajo y sus opiniones políticas, acerca de su trabajo y sobre la sociedad en su conjunto.

Con respecto a la categoría 3, “Emergentes”: ésta ha sido armada en base a la cantidad de menciones repetidas que hemos encontrado transversalmente en todas las entrevistas. Las cuestiones del federalismo (leyes provinciales y situaciones políticas específicas de las regiones), las menciones particulares de la economía (actual y de décadas anteriores) y la pandemia son los elementos que más han surgido por parte de les entrevistades.

Comenzaremos, entonces, por la primera categoría, vinculando nuestra perspectiva teórica con el resultado de las entrevistas.

### **Categoría 1: Perspectiva Teórica**

Haremos una lectura sobre el eje temporal, tal como está planteada la entrevista: rastreamos los pasajes donde se habla el estado de situación antes, durante y post sanción de la ley.

En estas primeras páginas, ubicamos los dichos de les entrevistades acerca de la posición del musicoterapeuta y la concepción de sujeto **previo a la sanción de la ley:**

“Sí estábamos trabajando hace un montón nosotres era con salir y la desmanicomialización... nosotres estábamos trabajando, desde nuestro perfil, desde que yo ingresé. Nuestro perfil interno siempre fue ese. La estructura y la idiosincrasia de cómo funciona la institución, seguro te lo debe haber dicho A., siempre funcionó como una institución total, manicomial. Antes incluso desde la misma dirección, paternalista totalmente... bueno, eso después se fue modificando [...] (MT6)

“Quienes nos corrimos de este paradigma de la enfermedad, si vos estás como muy parado en este lugar del enfermo, del pobrecito esquizofrénico que se deteriora con el tiempo decís “bueno, sí, un hospital como el Moyano es lo mejor que le puede pasar porque tiene casa, y tiene comida, tiene no sé qué y contención y no sé cuánto...” Ahora, si vos te parás desde otro paradigma, el ser humano necesita mucho más que casa y comida. La vida es mucho más que casa y comida. Es como que una mirada del sujeto muy distinta. Pero me parece que tiene que ver con eso, con cómo uno se para desde otro paradigma para entender al sujeto, para entender los procesos de salud y enfermedad también, no quedarse con esto de “bueno, estás condenado a tener una enfermedad de salud mental.” No: es una enfermedad con la que vas a tener que vivir toda la vida. La cuestión está en cómo aprendes a manejarte con esa enfermedad, como un diabético aprende a vivir con su diagnóstico. Y en esto me parece que la formación tiene mucho que ver. A los médicos no los forman para trabajar... Con personas.” (MT5)

"El estar todos los días en la institución... no necesitás ser un genio para darte cuenta lo iatrogénico que resulta; qué distinto podría ser todo si funcionaran de otra manera. Me parece que lo que marca la diferencia, a quienes nos resulta más fácil darnos cuenta de esto me parece que es a quienes tenemos una mirada sobre el sujeto distinta.” (MT5)

“Lo que vos vas a ver en el hospital no es solamente pacientes esquizofrénicos, vas a ver pacientes esquizofrénicos pobres. Es la locura más la pobreza.” (MT7)

Les musicoterapeutas aquí citados mencionan cómo ellos se posicionaron previo a la sanción de la ley, uno de ellos incluso menciona la formación. Nuestro cuestionario incluía un rastreo sobre la formación recibida en la universidad y todos coincidieron en que sus planes de estudio estaban conformados por teorías provenientes del Psicoanálisis y la Neurofisiología. Sumado a esta base, algunos mencionaron que por fuera de la institución complementaron el ejercicio con autores de la Psicología Humanista, y otros dos casos con la Psicología Social. Dos mencionaron

haber incursionado en los textos antimanicomializantes de Franco Basaglia y Franco Rotelli (ya trabajando en instituciones). Nos parece importante rescatar estas menciones, ya que todas estas líneas teóricas (de formas diversas) contienen una mirada del sujeto singular y contextual.

Les musicoterapeutas, con sus dichos, nos comentan que su práctica desde un primer momento contempló al sujeto de una manera más compleja, sin reducirla al diagnóstico ni a la psicofarmacología. Tomamos a Majo Bennardis (2002) para profundizar:

Considerar al Discurso Sonoro como una construcción de sentido, nos permite encontrarnos ante la existencia de Formas que habitan al discurso, Formas que dicen lo que acontece en él, que pueden o no llegar a con-formar una posición posible desde donde situar al Sujeto Productor. (p.11)

Les musicoterapeutas basan su práctica en la certeza de que quienes habitan los espacios de musicoterapia son Sujetos Productores, capaces de invención y transformación de sentidos, de construir vínculos donde “su interacción y sus procesos de comunicación y aprendizaje” (Langan, 2017, p.4) sean motivados y retroalimentados.

Incluso podemos ver que les profesionales, con el correr de los años de ejercicio, fueron nutriéndose de mayores herramientas conceptuales y prácticas para profundizar esa línea de trabajo.

En los siguientes pasajes encontramos manifestaciones sobre la relación de su clínica, a la forma de abordar el trabajo con les usuaries, y la sanción de la ley 26.657:

“La ley lo que entiende es que la enfermedad mental se produce en un vínculo. Digamos, en la disfuncionalidad de un vínculo. Entonces a través de la recuperación de los vínculos es como el sujeto recupera el equilibrio.” (MT7)

“Hubo un momento en que los dos trabajos más grandes, que son minoridad (la Colonia) y este, donde estoy ahora físicamente (la clínica,

el trabajo en psiquiatría) se vieron atravesados por lo que bueno, justo por lo que vos estás escribiendo en la tesis [...] La ley actual (26.061) cambió el paradigma de trabajo en minoridad; es una ley donde a los pibes se los reconoce como sujetos de derecho y no como objetos de derechos.” (MT1)

“Así como hay familias bárbaras, la nueva ley ha permitido apretar a las familias en temas tan sencillos como en ir a visitar al paciente o llevarlo.” (MT1)

“Con los pacientes lo que pasó, lo más interesante de lo que pasó en esta institución fue, entre otras cosas de las que dice la ley, que esto tiene que llegar “a todos los efectores de salud mental públicos y privados de todo el territorio nacional”. Entonces el Ministerio de Salud, cuando la ley estaba reglamentada (ya en el 2013 cuando se reglamenta la ley y se sanciona el decreto reglamentario), envía a la institución un paquete así gigante (*le entrevistade hace un gesto de una caja grande*) con el libro escrito de la ley y su decreto reglamentario... 25 copias ponele, un montón porque lo enviaron a todas las instituciones de salud mental públicas y privadas de todo el país... Y lo más interesante de todo lo que pasó fue que se la repartimos entre los pacientes (una parte, y nos quedamos los profesionales con algunas copias) y otra se las repartimos a ellos, porque ellos son los principales interesados en saber cuál es la práctica que se tiene que llevar adelante, o de qué manera se tiene que llevar adelante un tratamiento en salud mental para ajustarse a derecho. Entonces lo más interesante de lo que pasó para nosotros fue involucrarlos a ellos.” (MT2)

“En crónicos, lo que empezó a pasar con la ley, fue que se empezó a vaciar el hospital. Que nunca quedó muy claro cómo fue... se trasladaron pacientes de manera masiva... se comentaba que a clínicas privadas. Con lo cual no sé para qué, porque era sacarlo de un efector para ponerlo en otro peor. En el Moyano por lo menos tenían un parque, cierta autonomía de ir a comprarse algo al kiosco... ¡No digo que esté bien! Pero entre estar ahí a estar encerrado en un edificio... En definitiva, es lo mismo: no está en la comunidad.” (MT5)

De estos pasajes, rescatamos una posición clínica y ética de reconocimiento del sujeto como sujeto de derecho, con la necesidad de autonomía e información, con la consiguiente voluntad de involucrar a los sujetos de manera activa en sus tratamientos/internaciones. Vemos plasmadas las nociones del campo de la ética que abordamos en nuestra perspectiva teórica desde los escritos de Gabriela Salomone: “la confluencia de ambas dimensiones da como resultado la complejización de ambas partes.” (p.1). Contemplar con responsabilidad la normativa y trabajarla junto a los sujetos para que incluya las singularidades y sus necesidades.

Nos parecen importantes estas menciones porque aluden a una perspectiva desmanicomializante que ya funcionaba en los dispositivos de musicoterapia y que se trasladó a la institución en general.

Algo que trajo la ley también es un empoderamiento de los profesionales para con las familias en los casos donde fuera posible, para encontrar más espacios de contención de la persona e intentar salir de la función paternalista del hospital, tendiendo puentes hacia una práctica más comunitaria.

Marcaremos aquí un señalamiento sobre la diferencia interinstitucional sobre el abordaje y la implementación de la ley para retomarlo en el apartado correspondiente.

Hacia al final de la entrevista, les preguntamos a los musicoterapeutas cómo veían el futuro de la salud mental, las deudas que creen que hay que construir para reparar:

“Dentro del hospital, empezar a trabajar desde otra perspectiva que incluya ciertas variables de lo comunitario, como es la participación, justamente para correr un poco el eje este del enfermo, del paciente. Del paciente que viene a recibir un tratamiento. Bueno, no: el paciente forma parte de ese proceso que es su tratamiento. Sobre todo, en términos de autonomía, para que la autonomía no siga socavándose.”  
(MT5)

“Entonces creo que lo que falta es no negar la enfermedad mental y sí brindar los dispositivos necesarios para poder asistir a esa persona durante el proceso de su enfermedad y a cada momento según lo que necesite. [...] para mí, falta un montón en relación a poder concebir a la salud mental sin negarla y en función de eso brindarles todas las posibilidades a las personas pueden llegar a necesitar.” (MT2)

En dos casos donde les musicoterapeutas además realizan tareas de gestión de dispositivos, se mencionó la estrategia de atenerse a derecho, basando toda la tarea clínica y la ética de trabajo en la ley:

“Si desarrollás la práctica profesional en el área de salud mental el encuadre legal mide todas las responsabilidades y obligaciones que tenemos como profesionales de la salud.” (MT2)

“[...] es siendo políticamente correcto que se intenta contaminar transversalmente acerca de pensar al sujeto usuario como un sujeto de derecho. Lo que se tiene para ofrecer en cada dispositivo es particular y no es todo para ofrecer: hay una oferta particular y dentro de esa oferta particular el otro va a ir en función de su elección.” (MT4)

Atenerse a derecho en la práctica profesional implica saber que la normativa “hace homogéneos a los ‘cada uno’ en un todos” (p.4) y que son los mismos escritos de las leyes y códigos los que nos permiten marcar el territorio de lo posible. También es saber que la apertura singular de los terapeutas, en atenta escucha de los usuarios, es la que expande ese horizonte.

Con relación a la interdisciplina, método de trabajo que propone la LNSM, podemos hacer una distinción temporal: antes de la ley había algunas formas de trabajo que, luego de la sanción, se vieron modificadas. Tomando el período previo al 2010, rescatamos estos pasajes:

“No he tenido ninguna dificultad de discriminación o de limitación o falta de reconocimiento, al contrario. [...] La profesión siempre fue

tratada con mucho respeto, no tengo nada para decir, siempre incluidos en las reuniones, en las tomas de decisiones; nada que reprochar al respecto.” (MT1)

“Bastante arduo, costó muchísimos años ampliar los equipos en las instituciones y le costó mucho a las otras disciplinas hacerse lugar en esta rotura de hegemonías.” (MT4)

“Creo que yo tuve la suerte (tengo la suerte) de compartir con equipos que realmente son maravillosos. No digo “maravillosos” (*hace un gesto*) porque, obviamente después hay individualidades y problemas, pero me tocó trabajar con gente que por lo menos se banca pensar. Y eso la verdad que tengo que agradecerlo, porque no siempre pasa esto.” (MT4)

“Sí trabajaba con otros profesionales. Siempre en el hospital hubo, a ver, en los servicios de crónicos quizás no tanto, era ver a médicos psiquiatras y nada más. Pero cuando hice la rotación por hospital de día sí: eran psicólogos, terapeutas ocupacionales, médicos siempre...” (*se le repregunta por el manejo de la información*) “En hospital de día sí, estaba organizado de ese modo. En el servicio de crónicos no: la información que circulaba era porque yo iba a preguntar algo o a comentar algo. Nadie nunca me llamó para contarme alguna situación.” “Había servicios en los que la verdad que el aporte que me hacía el médico psiquiatra era nada... con lo cual decís “hablarlo, no hablarlo, que me diga que no me diga no me cambia en absolutamente nada” (*Risas*). Había otros que sí, había gente que era más abierta y más dispuesta y realmente había como un intercambio de información. En otros servicios me remarcaban, como yo estaba en un cuatrimestre sí, y otro no, me acuerdo de que una vez uno del servicio me dijo “se nota cuándo están y cuándo no, el cuatrimestre en que vos estás se nota en las pacientes y cuándo dejás de estar se nota la ausencia del espacio de musicoterapia”. Y para mí fue como (*cara de sorpresa*)” (MT5)

“Vos construís un modelo de trabajo y como podés lo transmitís. Yo empecé a escribir, se me daba bien la escritura y empecé a presentar trabajos en los congresos. A veces hay que traducir al idioma de los médicos y de los psicólogos la forma en la que vos trabajás. Hasta que

empezás a construir un lenguaje que sea comprensible y a la vez tu propio lenguaje. Porque el lenguaje hace a la realidad.” (MT7)

“Hospital de día es super completo, tiene una gran cantidad de psicólogos, terapeutas ocupacionales, musicoterapeuta, psiquiatría y trabajo social.” (MT6)

Stolkiner (2005), plantea: “La interdisciplinaredad (sic) es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina.” (p.5). Les musicoterapeutas transitan instituciones y dispositivos donde es necesario generar códigos y acuerdos para llevar adelante acciones coordinadas en pos la salud de un tercero. En la mayoría de las situaciones relatadas, con mayor facilidad o con trabas, se encuentra la coincidencia de que les musicoterapeutas construyeron espacios y puentes para trabajar, aún sin tener el pleno reconocimiento institucional.

En el caso de le MT4, oriunde de Rosario, ellos contaban con experiencias de apertura desmanicomializante desde los años 90’ por política estatal provincial, dada la sanción de la Ley Provincial 10772 (situación que retomaremos en el apartado de Emergentes).

Ese reconocimiento de la disciplina y las perspectivas adoptadas se ha ido ganando con el tiempo y es algo que nos interesa resaltar, sobre todo para abordar los cambios que hubo luego de la sanción, según mencionan les entrevistades:

“Es cierto que las admisiones, las derivaciones y todo eso siempre las hacía el psiquiatra y ¿sabes qué mucho? los informes, cuando nos piden informes las obras sociales, los juzgados, viste todo eso, en ese entonces con la firma de los psiquiatras era suficiente y después bueno, la ley decía que tenía que ser una evaluación interdisciplinaria. Al principio era: lo escribía el psiquiatra y lo firmábamos todos... ¡pero eso no era una evaluación interdisciplinaria ponerle la firma y el sello! (Risas) Y de eso se fue paulatina y progresivamente logrando que

realmente sean informes escritos entre todos, que se escuchen las voces de todas las áreas. No solo que estén firmados por todos, sino que estén llevados adelante y creados los informes por todos. Las admisiones y las derivaciones después las empezamos a hacer entre todos.” (MT2)

“Hay una legitimidad de la profesión, si bien se necesita recorrer mucho más tiempo. Si bien ha habido mucha participación en este último tiempo de les musicoterapeutas en distintas acciones que involucran la defensa de la salud pública y la salud mental como campo de lucha por los derechos, creo que somos muy poquitos todavía en el ámbito de lo público trabajando.” (MT4)

*(hablando de la incorporación de abogades a los equipos del hospital)*

“Y lo que sucedió fue que ese encuentro, fue así medio como “bueno no, estos no vienen a meternos presos, a hacernos juicio”; y por el lado de los abogados creo que también pudieron comprender lo difícil que es trabajar con una persona con un padecimiento tan grave. [...] Entonces ahí hubo un entendimiento: “no, estos no son internadores compulsivos que mandan a la gente a no sé qué” y “estos no vienen a cagarnos”. Y ahí, me parece que eso fue lo que más cambios generó en un primer momento: esta alianza que se armó entre el abogado y el equipo tratante, donde el abogado vino a facilitar un montón de cosas que estaban muy instituidas, incluso con la familia.” (MT5)

“Yo te diría que, más o menos cuando salió la ley, hubo un ingreso de muchos profesionales de las áreas de salud mental alternativas (además de los médicos y los psicólogos): musicoterapeutas, terapistas ocupacionales, trabajadoras sociales. Que seríamos los profesionales más adecuados para llevar a cabo este trabajo.” *(ante la repregunta sobre la mención por esos profesionales específicamente)* “Lo digo porque apuntan a tratamientos personalizados, a tratamientos que tienen que ver con dos aspectos: las habilidades productivas, o sea habilidades laborales, y las habilidades sociales, los recursos sociales. O sea, para poder trabajar y poder socializarse. Mirá: un médico que fue director del Borda, Miguel Ángel Materazzi, hablaba de la terapia de las tres T, para tratar a los padecientes psíquicos. Esto es: techo, trabajo y trama social.

O sea, es importante que tengan un lugar en la sociedad, y no adentro de un hospital; trabajo, porque el sujeto tiene que producir al menos lo que consume. Y después la trama social, alguien con quien contar, alguien a quien amar. Bueno, es un poco lo que decía Freud: amar y trabajar, son las dos condiciones para la salud mental. Así, básicamente te lo digo.” (MT7)

Comenzar a trabajar con otros en igualdad de toma de decisiones lleva a una mayor responsabilidad por parte de los profesionales. La incorporación de nuevos profesionales, como toda movilización institucional, implicó momentos de tensión pero que luego fueron compensados por una realidad práctica: el trabajo interdisciplinar beneficiaba a los trabajadores, y, por sobre todas las cosas, la forma de vida de las personas internadas y nuevos usuarios.

Sobre todo, la interdisciplinariedad trajo la construcción práctica de la noción de sujeto complejo y se recupera la idea que planteó Basaglia en “La condena de ser loco y pobre” (2008): “no es solamente un enfermo, sino un hombre con todas sus necesidades” (p.30). Se vislumbra, en estos pasajes, la posibilidad de poder abordar los tratamientos musicoterapéuticos como espacios donde el usuario de los servicios de salud mental no necesite *solamente* atención psicofarmacológica; es preciso atender las áreas sociales, ocupacionales y creativas de los usuarios para apostar a una contención y acompañamiento adecuado.

En algunas entrevistas se mencionó algunas dificultades e imposibilidades del ejercicio clínico:

“A ver... yo creo, te vuelvo a marcar, me parece que el cambio más notorio fue ese. Después a mí, en lo laboral, en lo profesional, en la modalidad de laburar no me cambiaron grandes cosas, si algunas, pero tiene más que ver, que la nueva ley permitió en la institución la apertura de (que ya se venía trabajando antes) la apertura de un espacio de pacientes agudos y subagudos con crisis así súbitas, como internaciones breves. Que es lo que tuvimos de la mano de la nueva ley” (MT1)

(hablando de la relación con las obras sociales) “No es que puede ser sólo el tratamiento de musicoterapia. Entonces qué pasa: en ese paquete, por ejemplo, la institución donde estoy ahora, en el paquete se le vende 20 sesiones mensuales a la obra social por cada paciente. A lo sumo 24. Entonces: entre ocho de TO, ocho de fonoaudiología y psicología se te acabaron las horas. Y musicoterapia no entra. Salvo que sea un pedido muy especial de los médicos, que consideren que ese niño necesita un tratamiento en musicoterapia. Es una pelea...” (MT3)

En relación con la perspectiva teórica, entonces, podemos adelantar que: hubo cambios institucionales y burocráticos (como el reconocimiento interno de los dispositivos musicoterapéuticos y su opinión reflejada en informes y firmas). En la forma de trabajo interdisciplinario, algunos manifiestan mayor intervención en las decisiones y en los aportes de los tratamientos y algunos manifiestan no haber tenido mayores cambios a lo que ya conocían.

La forma de relacionarse con los usuarios no se vio altamente modificada.

El caso particular de uno de los profesionales (MT3), que realiza su clínica en la provincia de Mendoza, lo trataremos en el apartado de Emergentes dada su notoria singularidad dentro del universo de casos creado.

## **Categoría 2: Lecturas**

### *a) Lecturas institucionales.*

En esta subcategoría analizaremos las respuestas de los entrevistados en relación con la implementación efectiva de la ley (y sus diferentes variantes) y las lógicas manicomiales visibilizadas en los distintos dispositivos. Hemos encontrado versiones encontradas sobre las vivencias en relación con este tópico:

“Por eso me parece que eso es lo más importante a marcar en términos de laburo. Eso a mí me parece fundamental. Fue la imposición de la ley la que le exigió a los dueños del lugar abrir las casas de medio camino: se abrieron y funcionaron bien encima. Tengo la certeza de que

si hubiera estado la ley no se hubiesen abierto, porque es un proyecto que venía de años y años...” (MT1)

“Había pacientes en la institución que podrían haber estado tranquilamente externados y vivir solos en una casa de medio camino, y no se logró nunca. Cambiaron los curas, cambiaron las direcciones y nunca se logró instalar las casas de medio camino en la clínica. La ley lo exige ahora, la clínica ahora tiene dos casas de medio camino: una para mujeres y otra para varones en el centro de Lujan que las dos funcionan recontra bien. Y estoy seguro de que si no se hubiera aprobado la ley hubieran seguido con la misma discusión y nunca lo hubieran hecho.” (MT1)

“Porque la ley está buenísima. Pero la política de salud gubernamental es la que hace que se aplique o no. Y te faltan un montón de dispositivos intermedios de salud. Hay igual ahora, hay CESACs, por suerte hay. Pero igual, siempre falta. Lo que es vivienda no hay, entonces es difícil porque ¿cómo hacemos? El trabajo también está difícil, entonces: ¿Cómo hacen para pagar un alquiler? Si bien también hay ayudas del gobierno para darles dinero para alquilar... Pero tampoco es que haya mucho. Esa es la dificultad que hay, la ley está bárbara, pero las políticas de salud gubernamentales no hacen lo que habría que hacer para que se pueda implementar.” (MT6)

“A nivel general a mí me parece que hay un montón de gente que sostiene posiciones encontradas en relación con la ley por diferentes intereses, sobre todo intereses económicos (no la mayoría).” (MT2)

“Los tres dueños son psiquiatras y se formaron en Lanús, con Goldemberg en los 70... (*hace un silencio, abre bien los ojos y asiente*) o sea: viene desde ahí toda esta cuestión. Y por otro lado también porque la lógica empresarial a ellos les fue indicando que era mucho más barato para la empresa que los pacientes pudieran estar por fuera de la internación. [...] Es redistribuir el recurso; no es más, incluso es menos.” (MT2)

“En crónicos, lo que empezó a pasar con la ley fue que se empezó a vaciar el hospital. Que nunca quedó muy claro cómo fue... se

trasladaron pacientes de manera masiva... se comentaba que a clínicas privadas.” (MT5)

*(hablando de los dispositivos intermedios)* “El paciente iba a la casa de media camino y se organizaban la rutina. Entonces iban todas masivamente al taller de teatro, entonces, a ver: estás organizando una rutina tan rígidamente, que al final es lo mismo que estar en un hospital. O sea, sí está bueno que por lo menos sale, circula un poco más por la ciudad, en eso sí, capaz que era mejor. Pero no es que estás ayudando a que el paciente arme su autonomía [...] que cada uno elija por dónde ir. Eso obviamente requiere una organización mayor y mayor recurso humano, entonces era más fácil decir “todos van para acá, después van para acá y para acá”. Pero bueno, muy rehabilitador psicosocial no resultaba. *(risas)*” (MT5)

“Para un taller necesitás insumos. Los primeros años del hospital iba con mi guitarra y mis instrumentos. Hasta que pude empezar a tener un presupuesto propio a partir de organizar un recital a beneficio del hospital. No puede ser que el profesional pague los insumos, tiene que haber una institución que provea esto. El médico no compra los medicamentos que administra: los provee el hospital.” (MT7)

“Los dispositivos intermedios desde lo gubernamental no están, o sea, que la ley está, pero no está implementada casi. Porque no le dan la infraestructura para que se pueda plasmar y concretar los derechos que se están manifestando en la ley y las obligaciones que tiene el gobierno también con las personas. Y no se cumplen.” (MT6)

Una instancia interesante para marcar es la diferencia interinstitucional en la implementación de la ley: el manejo de la institución pública (bajo el gobierno del entonces jefe de Gobierno de la Ciudad, Mauricio Macri) fue gestionado de forma cruda, donde los usuarios eran derivados a instituciones privadas o dadas de alta, sin quedar muy en claro el nivel de consentimiento. Cabe aclarar también que la coalición política que gobierna ese distrito hace 14 años tiene una gran trayectoria en venta de espacios públicos para generar negocios inmobiliarios: bajo la excusa de “cumplir” con una ley, se apuraron procesos sin la capacitación ni lectura

correspondiente para realizar estos negocios sin evaluar lo más importante: el impacto en la salud pública, sus usuaries y trabajadores.

En nuestros casos donde les musicoterapeutas trabajan bajo gestión privada, hay dos situaciones diferentes: en una, se involucró activamente a los pacientes. En otra, los profesionales tuvieron mayor aval para exigir cosas a los familiares. Consideramos que la diferencia radica en la formación de los dueños de estas clínicas: le MT1 habla de *curas* mientras que le MT2 habla de *psiquiatras formados en Lanús con Goldemberg*. Como hemos señalado en nuestra perspectiva teórica, ambas formaciones representan a dos épocas muy diferentes de la conceptualización de la salud mental: el hospital respondía al seno la Iglesia católica a comienzos de siglo XVIII, y se lo propone “como institución disciplinaria, sería por sí mismo una institución terapéutica” (Amarante, 2019, p.34) y la época antipsiquiátrica de la década de los ‘60, responde a los postulados desmanicomializantes de los médicos italianos Basaglia y Rotelli, donde lo que se propone es que es la clase trabajadora, destinataria del manicomio, “debía tener responsabilidades y poder en la gestión del problema de la salud” (Basaglia, 2008, p.31). Es decir, dos concepciones muy diferentes del sujeto y del padecimiento psíquico.

Pero, independientemente de la gestión, los casos MT1 y MT5 coincidieron en la dificultad de implementación de la ley en los *servicios de crónicos*:

“Yo no diría que hubo grandes cambios en la institución porque en general son pacientes crónicos que recién en el 2008 incluyo espacio de pacientes agudos y subagudos; eso sí genera una rotación, una entrada y salida de pacientes permanente. Pero después hay un gran sector de pacientes discapacitados o con pacientes con patologías psiquiátricas crónicas que permanecen en un estado de cronicidad que, si bien salen, entran, tienen visitas, pero permanecen institucionalizados.” (MT1)

“La persona que tiene, no sé, lleva 30 años internado, es muy difícil que se pueda ir de la institución con un subsidio habitacional a vivir

sola. Porque ya perdió mucho, perdió muchas habilidades básicas. Mucha autonomía. La autonomía es lo primero que... no bueno, lo primero no. Pero la autonomía está arrasada completamente, entonces necesitarían otro tipo de dispositivos, que no hay.” (MT5)

Más allá de las diferentes implementaciones de la ley en los diferentes territorios y gestiones, podemos encontrar una cuestión común: los dispositivos faltan, los que hay son insuficientes, y no hay respuestas concretas para dar abasto con la demanda y para cumplir de manera efectiva la ley 26.657.

La gestión manicomial de la salud mental dejó huellas y marcas en los cuerpos, y creemos que una frase del MT1 retrata bien esta situación:

**“[...] hay casos que yo estoy seguro que podrían estar afuera, seguro... pero la ley llegó tarde, porque ahora está todo muy anquilosado.”**

Con este fragmento, pasaremos a reflexionar sobre las lógicas manicomiales que nos mencionaron les entrevistades:

“[...] no es cerrar el manicomio, eso no soluciona nada porque donde para mí la cuestión está específicamente en la lógica de las prácticas que se llevan adelante. La lógica asilar se puede llevar adelante en un dispositivo a puertas abiertas sin ninguna duda y también en un dispositivo a puertas cerradas se puede llevar una lógica comunitaria desde la práctica también.” (MT2)

“Por eso la reproducción de las lógicas asilares no tiene que ver con una institución que sea de internación, o sea un hospital de día, o sea una casa de medio camino: tiene que ver específicamente con la práctica que se lleve adelante en la atención de esa persona... Para mí, ¿no?” (MT2)

“Pero en general las cabezas son bastante, bastante cerradas. Sobre todo, con la dirección actual que hay en el hospital: tomaron fuerza todo un grupo de psiquiatras que están muy dolidos con esto de “cómo

yo no soy el ombligo más importante” con lo cual hay una cosa médica pujando que sí, o sea, tampoco hay... A ver, en el hospital se podrían hacer muchas más cosas de las que se hacen. Muchas más cosas, mucho más piolas de las que se hacen, pero hay un establishment de “mantengamos todo como está”, no hay mucha voluntad de cambio en ese sentido. [...] . Uno termina tratando de hacer redes con quienes pueden llegar a tener una idea parecida a la tuya, tanto dentro del servicio de internación como por fuera.” (MT5)

“Cuando yo empecé a trabajar se estaban empezando a cuestionar. Pero que se empezaran a cuestionar y que se cuestionen no significa que no convivan todavía... Porque cuando hablamos de lógicas manicomiales... porque lo que se está trabajando justamente en este cambio de gestión se pueda efectivizar la transformación de lo que es el manicomio. Pero también, que es un trabajo que va a costar mucho más todavía, es transformar cabezas. O sea, porque las lógicas manicomiales no son paredes ni ladrillos, son cabezas que laburan desde una posición manicomial. No necesariamente las lógicas manicomiales están dentro de la institución manicomial, desde el psiquiátrico, desde la institución monovalente. Hay cabezas que operan desde las variables que conforman una lógica manicomial, o sea: vos podés trabajar en un dispositivo sustitutivo y si no trabajas revisando constantemente es peligroso, porque te podés llegar a enquistar también y transformarte en una institución totalizadora.” (MT4)

De la mano con la demanda de mayores dispositivos a disposición de la cantidad de personas que los necesitan, encontramos la demanda de desarmar las lógicas de los dispositivos, cuestionar las alternativas que tienen las personas con padecimiento psíquico y las fallas del sistema (poca atención primaria de la salud, donde el diagnóstico y la atención temprana demorarían situaciones traumáticas como una internación). Esto es algo que Franco Rotelli, compañero de Franco Basaglia, menciona claramente en su libro “Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste” (2014): la “Estrategia por la Salud Mental Comunitaria, Colectiva y Territorial” cuenta con ocho principios fundamentales; el primer principio es “1. La mutación esencial de la perspectiva de la intervención desde los hospitales a la perspectiva de la intervención

desde la comunidad” (p.98). Para evitar la dependencia y el paternalismo hospitalario, es necesario que las lógicas de atención se lleven a la comunidad.

Les musicoterapeutas rescatan la importancia del debate y del cuestionamiento constante hacia dentro de los equipos de trabajo ya que señalan la facilidad de caer en el paradigma totalizador, controlador y estigmatizante; se trata de rehusarse a la posición dominio del saber.

*b) Lecturas políticas:*

“Vos fijate que en los años del macrismo hubo un proyecto, creo que de Manes, el neurobiólogo, que pretendía constituir Moyano, Borda y Tobar en un Polo Neurocientífico. Si hablamos de neurociencia, así como el centro de la discusión de la salud mental, estamos dejando de lado la ley y estamos dejando de lado lo comunitario, ¿no? O sea: es volver desde este lugar del padeciente psíquico al de enfermo mental. Son dos paradigmas diferentes: el sujeto, usuario de los servicios de salud, como un sufriente psíquico, o enfermo mental. La “enfermedad” como tal es patrimonio, es el kiosquito del médico.” (MT7)

“Todo depende de lo que es urgente. Obviamente en el 2015 (yo hablo de política porque no está divorciada de lo que es la realidad de los hospitales), hubo un cambio diametralmente opuesto. Vos fijate que el ministerio de salud pasó a secretaría.

**Sí...**

En el 2015, de la ley 26657 pasamos al proyecto del polo neurocientífico. Obviamente, incluso apoyado por musicoterapeutas. Yo estoy cansado de escuchar a musicoterapeutas que sostienen el modelo médico. La verdad es que yo me quiero matar cuando escucho eso. Hay muchos que piensan así. No son excepciones.” (MT7)

“Y es todo un lío, y como vos decís, de esa ley se agarran muchos funcionarios del Gobierno de la Ciudad para hacer proyectos locos, como esta unificación que pretendieron hacer de los cinco hospitales. Acá la pandemia medio que frenó todo, lamentablemente, pero frenó también la unificación que querían hacer del Borda, Moyano y Tobar García, cerrar la calle (que de hecho la cerraron por la UFU) bueno...

después hablaban de un proyecto. Fuimos un montón de veces, con la asociación y las otras asociaciones, a hablar con funcionaries, manifestación en la puerta del ministerio, todo para que no hagan estos proyectos alocados que van en detrimento de les usuaries y en contra de la ley. Supuestamente dicen que va a favor de la ley porque va con la desmanicomialización, pero están haciendo toda una cosa que es más un negociado sin pensar en las personas.

**Claro, piensan más en el redito económico y político que en realmente cumplir una ley y ampliar derechos.**

Eso te lo puedo asegurar, porque he peleado un montón con todo este tema gremial, y no saben. Hay mucha gente con cargos que no tienen ni idea. No los hospitales: les funcionaries. Que no tienen mucha idea de lo que es la salud mental, lo que son los hospitales en sí mismos. Tampoco se toman mucha molestia.” (MT6)

Nos interesaba rescatar estos pasajes porque resaltan problemas políticos que introdujimos anteriormente: los lugares de poder y gestión pública no son inocuos, vacíos; defienden intereses y, en jurisdicciones como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el partido gobernante hace más de una década ha construido poder para generar negociados (como el llamado ”Polo Neurocientífico” y, a nivel ambiental, la venta de predios públicos como la Costanera) que atentan contra derechos de la población y la construcción de sistemas de salud inclusivos.

Como contracara de eso, encontramos que, dentro de los mismos lugares de poder y gestión, hay funcionaries que no manejan el corpus teórico y práctico sobre el ámbito de la salud mental.

Así, el derecho al acceso a la salud se ve doblemente golpeado.

### **Categoría 3: Emergentes**

Como mencionamos anteriormente, en esta categoría trabajaremos sobre las recurrencias que oímos a la hora de transcribir y analizar el material obtenido. El siguiente apartado contiene las palabras de les entrevistades que hablan sobre las legislaciones previas que había en sus jurisdicciones y sobre los debates que surgieron a raíz de la sanción de la LNSM en el 2010.

a) *Contextos y condiciones de las provincias:*

“Cuando yo me recibí, que fue en el año 2005, todavía no se había sancionado la Ley de Salud Mental, se sancionó en el 2010. La referencia era, en ese entonces, la ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires. Si bien no se aplicaba en la provincia, si era una referencia en cuanto a encuadre legal... Pero la realidad es que, pensándolo en perspectiva, el conocimiento que yo tenía era el conocimiento que me había brindado la universidad, en la formación, no tenía otro modelo, otro sustento, otro acompañamiento desde lo conceptual.” (MT2)

“Si, si, la ley nacional vino a hacer aportes a nuestra ley provincial. Y obviamente la solemnidad que tiene una ley nacional, en el buen sentido, de enmarcar las otras leyes. En su momento (*la ley provincial*) fue una ley progresista. Y esta ley nacional vino como a mejorarla...” (MT4)

“No, nosotros no... en el hospital no circuló. En realidad, los enojos que aparecieron una vez que la ley se sancionó fue justamente lo inconsulta que fue. Fue una ley que se cocinó, digamos, a puertas cerradas, con escasa participación de los trabajadores de la salud mental. Lo que comentaban que, por ejemplo, cuando se votó la ley de la Ciudad de Buenos Aires, que yo ahí estaba en el hospital yendo por alumnos, yo ni me enteré, pero mis compañeros sí refieren que se hicieron debates y que participaron. Incluso en el Congreso, antes de que se sancionara la ley de la Ciudad de Buenos Aires que fue en el año 2000...”

Sí... - Y que está ahí pintada en un cuadrito porque no movió absolutamente nada de nada. Con la ley de salud mental, la nacional, un poco era esa la bronca.” (MT5)

“Mirá, yo empecé a trabajar con la Ley 448 en el año 2000. La ley 448 es la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Y fui invitado a participar de la redacción de la ley, junto con un colega del hospital. Estuvimos en los debates, etcétera. No tuvimos tanto lugar con la ley nacional, pero obvio que estábamos de acuerdo con lo que expresaba. La ley fue redactada por Gorbacz, un psicólogo de Tierra del Fuego, militante del ARI en aquel momento, de Lilita Carrió. Después empezó a militar (o por lo menos empezó a aportar su trabajo) en el Frente para la Victoria.” (MT7)

“Mira, nosotres desde el equipo de musicoterapia no participamos en lo que fue directamente, porque no tuvimos ninguna convocatoria. Ahora estamos super atentos y atentas a todo, en relación con lo que tiene que ver con las leyes y bueno, con lo que tiene que ver con la Asociación (estamos federados en una asociación de profesionales del Gobierno de la Ciudad), y estamos en el tema de todo lo que sale. Cuando hay una modificación de la ley, como hubo con la modificación de la carrera profesional, la Federación estuvo sentada con la gente del Gobierno de la Ciudad para que no nos modifiquen artículos de la ley y que vaya en detrimento de los trabajadores. Entonces ahora sí estamos re metides.

Pero en esa época no estábamos tan vinculados con el proceso de la ley.” (MT6)

En lo que refiere a los marcos legislativos previos a la LSNM, encontramos que, en Santa Fe, desde el año '91 la Ley Provincial de Salud Mental N° 10772 regía todo el trabajo en el ámbito público y privado, poniendo en relevancia la importancia de la comunidad y la transformación de los dispositivos de atención.

Para lo que es el AMBA les musicoterapeutas tomaron la Ley N° 448 (ley provincial de CABA) para enmarcar sus tareas. Es interesante la comparación de los procesos que mencionan nuestros entrevistados: con la ley provincial les musicoterapeutas sí fueron convocados a participar en la redacción de la ley, pero con la ley nacional esto no fue así.

Resulta interesante destacarlo porque la ley promulga la coralidad de voces a la hora del trabajo, y en su escritura y escrito parece haber omitido ciertos nombres (les musicoterapeutas, por ejemplo, aparecemos como *otros profesionales*). Esta ausencia de mención de los profesionales en el cuerpo de la ley no es insignificante: en términos de dispositivo, “además de definirse por las modalidades de sus enlaces y desenlaces, de los elementos heterogéneos que los componen, un dispositivo se define por su génesis” (Fernández, 2008, p.113). Una ley que en su génesis cuenta con conflictos de enunciabilidad y visibilidad (que echan dudas sobre los territorios de lo posible) podría traer varios problemas (por ejemplo, el caso de Mendoza).

Aún así, les musicoterapeutas pudieron y pueden abrirse caminos donde se les reconozca el aporte que realizan en las instituciones y en los equipos terapéuticos.

#### *b) El emergente Mendoza*

En esta sección tomaremos los fragmentos de la entrevista con la musicoterapeuta mendocina, para poder plasmar y reflexionar sobre la situación de la disciplina en la provincia.

“Bueno... Porque en realidad en Mendoza prácticamente no se estaba trabajando en el ámbito de la salud mental [...] ¿Por qué? por un problema de supervivencia, porque éramos muy poquititos seguimos siendo muy pocos, no poquitito pero pocos. No teníamos acceso a las

instituciones donde, digamos las monovalentes, ¿no? [...] en la ciudad de Mendoza hay un hospital monovalente que es el Carlos Pereyra. En el cual hay talleres (hace énfasis en esa palabra), desde hace tiempo hay talleres de música, plástica, etc., donde los musicoterapeutas nunca tuvimos acceso. Ni siquiera ahora que bueno, estoy pidiendo poder armar las prácticas profesionales supervisadas. [...] Ese trabajo en salud mental lo hacen talleristas, porque no había musicoterapeutas.” (MT3)

“Después terminaron yendo a otra institución donde se les daba musicoterapia, pero dentro de un paquete de terapias. No es que puede ser sólo el tratamiento de musicoterapia. Entonces qué pasa: en ese paquete, por ejemplo, la institución donde estoy ahora, en el paquete se le vende 20 sesiones mensuales a la obra social por cada paciente. A lo sumo 24. Entonces: entre ocho de TO, ocho de fonoaudiología y psicología se te acabaron las horas. Y musicoterapia no entra. Salvo que sea un pedido muy especial de los médicos, que consideren que ese niño necesita un tratamiento en musicoterapia. Es una pelea...” (MT3)

“Claro... entramos sí nos abren las puertas viste... ¡o si tiramos abajo la puerta! Otros servicios de salud mental en el que estuvieron haciendo observaciones nuestros alumnos, que ahora ya están en la primera cohorte, es en el Hospital del Carmen, que es un hospital de la obra social provincial, de la OSEP. Estuvieron haciendo observaciones allí, pero por qué: porque el jefe del servicio es un psiquiatra, Rodríguez, y es el padre de una de las alumnas de la primer cohorte.

Entonces con él hemos tenido muy buena relación, muy buena disposición y demás, pero no hemos hecho musicoterapia. Queremos entrar al hospital a hacer musicoterapia y no hay manera, no hay cómo. O sea, no hay creación de cargos hospitalarios, pretenden que seamos voluntarios obviamente, que trabajemos gratis...” (MT3)

“Pero, por ejemplo, en el Hospital de Niños, el Notti, no hubo manera de entrar. No hubo forma. Que también: porque tienen un enfermero que toca la guitarra, tienen una enfermera que los hace pintar a los chicos... tienen un taller de cuentacuentos. Te quedás viste... (*hace caras de indignación*)” (MT3)

Nos interesa mucho tomar este caso (MT3) para trabajar sobre las creencias que tenemos de una ley nacional y sobre la injerencia de la musicoterapia como disciplina en el país.

En la entrevista completa (ANEXO 3) nuestro entrevistado menciona que la Provincia de Mendoza no adhiere a la Ley de Ejercicio Profesional de la Musicoterapia, con lo cual no hay marco regulatorio para la práctica. Esto genera una invisibilización de las competencias del musicoterapeuta para trabajar el ámbito de la salud mental, y genera impactos en el ámbito de la salud pública: si los gobiernos no reconocen las prácticas, no se pueden crear cargos en hospitales o en lugares de gestión pública.

A su vez, el no reconocimiento genera una supeditación a las prácticas médicas: en el ámbito privado (lugar de posible ejercicio de la musicoterapia) se necesita una derivación por parte de un médico o psiquiatra para que se contemple un tratamiento musicoterapéutico (bajo muchas condiciones dentro de las obras sociales).

Todo esto lleva a un retraso de la atención, a dificultades en la formación de futuros colegas y a un recorte de los ámbitos donde la disciplina pueda hacer aportes.

### *c) Contextos y condiciones económicas*

“Noto mucho con las TO que empezaron a rotar cuando las colegas empezaron a jubilarse. Ninguna se instaló, porque por guita, porque es bastante vergonzoso el ofrecimiento que les hacen y los contratos, el monotributo... Y ninguna se quedó, como las viejas TO que estuvieron muchos años laburando con nosotros. A la primera oferta laboral seductora que tenían se iban. Obviamente. Lo mismo ha pasado bastante con otras áreas, quizás más jerarquizadas hasta en la ley, como los psicólogos. Observo una rotación también en ellos, donde no están bien retenidos acá y donde obtienen una buena oferta se van. Y bueno, eso pasa.” (MT1)

“Creo que la ley ayuda a regular cuestiones, por ejemplo, con el dinero de cada musicoterapeuta. Creo que se deterioró mucho la inclusión laboral de los profesionales. No solamente en nosotros. En todas las

disciplinas. Acá en la institución donde laburo no nombraron a ningún otro musicoterapeuta.” (MT1)

“Nosotres les musicoterapeutas que estamos en la otra ley ganamos la mitad que los que son considerados como profesionales, y más allá que uno, esté donde esté, está haciendo su trabajo desde el rol profesional... encima estaba coordinando un dispositivo con igual tarea que otra compañera, que si está reconocida dentro del salario y muchos años de trabajo... me cansé.” (MT4)

“Eran años donde conseguir trabajo no era sencillo y bueno, esto me permitió, bueno, mis padres fueron una real ayuda en ese sentido: porque me permitía seguir conectada y seguir formándome en eso que me había gustado y poder estar haciendo algo relacionado con musicoterapia. Si yo dejaba eso, me iba a trabajar de cualquier cosa y me quedaba... porque no había trabajo, había muy poco trabajo en general, de lo que vos quieras...” (MT5)

“Porque las obras sociales no pagaban, entonces yo no cobraba. Como que mi paso por salud en el ámbito privado estuvo marcado por eso: cuatro meses de retraso en el pago...La verdad que se hacía difícil de sostener, y así como fui encontrando en escuelas que me daban estabilidad económica. Y ahí también el hospital para mí como el espacio donde hacía lo que me gustaba.” (MT5)

“El cargo en el hospital empecé en el año ‘94 hasta la actualidad. Porque es un nombramiento en relación de dependencia, que ese no lo dejás... por nada (*risas*). Salvo que te vayas a otro país (*risas*) o digas “bueno, me voy a otra provincia” o buscas la manera de que los aportes sigan. Acá en Argentina es todo tan frágil que una vez que tenés algo fijo, no lo largas por nada.” (MT6)

“Así que bueno, con todas esas movidas de desmanicomialización. Y después, marcando un poco en esto de qué pudo influir, por eso yo te decía, ya veníamos con este posicionamiento (por lo menos yo, no sé) también las actividades que se iban realizando eran tratando de salir un poco, de romper con los muros y se hacía con lo que había en ese

momento, siempre se fue todo a pulmón, no teníamos presupuesto, nada.” (MT6)

Los contextos económicos (y la presencia o falta de estabilidad) son importantes para la salud mental ya que nos permite convivir en una sociedad bajo los actuales paradigmas (capitalismo y consumismo).

Muchas de las musicoterapeutas mencionaron que consiguieron sus primeros trabajos a mediados de los '90, época que mencionamos en nuestra perspectiva teórica como una marcada por la desfinanciación y vulneración de todos los efectores de salud. La dificultad que se señala en conseguir y mantener un puesto de trabajo nos parece un símbolo de una época, donde la escasez de puestos se suma a la precarización, el monotributo y la multiplicidad de trabajos.

Con relación al trabajo en hospitales, lo que menciona le MT5 es de suma importancia: los residentes cobran muy poco por jornadas laborales extensas y los concurrentes no cobran. La posibilidad de realizar una carrera hospitalaria a veces se ve limitada por este factor económico si no hay quien pueda sostener a los profesionales dentro de sus entornos.

#### *d) Contexto de la pandemia del SARS-COV-2*

“Bueno esto cambió ahora, en pandemia el gabinete está cerrado, es un espacio cerrado, vos lo viste, cerrado y chico por lo que es peligroso, y el encuadre de trabajo ahora, es que yo, otra vez, como al comienzo, estoy yendo a las unidades funcionales y a los espacios al aire libre de cada unidad.” (MT1)

“Nosotros ahora en la casona, desde que empezó la cuarentena, la puerta de la casona se cerró y lo que menos nos imaginábamos en un dispositivo residencial comunitario es que alguna vez la puerta iba a estar cerrada... Si lo primero que se dice cuando hablas de un dispositivo residencial es qué es un dispositivo de puertas abiertas... Y en este momento no lo es, y sin embargo, contra la fuerza que va hacia allí, tiene que ver con esto con la lógica de las prácticas que se puede llevar adelante.” (MT2)

“En este momento, por más que exista la voluntad política de financiar programas que promuevan el alta del paciente, esta desconstrucción del rol del paciente/enfermo mental a integrante de la comunidad, estamos pasando por una emergencia. Se continúa con un modelo paternalista porque el paciente no puede salir a la calle. Por lo menos está contenido dentro del hospital. A nivel macro todos los esfuerzos económicos deberían ir al IFE. Todos estos subsidios para toda la gente que no tiene oportunidad de trabajar. Que son muchos. Hay cada vez más gente durmiendo en la calle, pidiendo, vendiendo cosas. Así que bueno, nuevamente volvimos a caer en esta cuestión de ocuparnos de lo urgente. Es terrible. En este país volvemos otra vez a equivocarnos. Obviamente que hay un montón de intereses.” (MT7)

La pandemia del SARS-COV-2 (conocida como Covid19 o Coronavirus) trastocó la vida de toda la población mundial. Les entrevistades manifestaron que sus formas de trabajo se vieron modificadas, teniendo que buscar lugares abiertos para trabajar (cosa que modifica los encuadres y los encuentros terapéuticos) y habilitó diferentes reflexiones. Por un lado, se refuerza la idea de que las lógicas manicomiales van más allá de los muros y están en las cabezas, y una vez que la libertad de esparcimiento tomó fuerza en la agenda pública precisamente por su falta, se abrió la posibilidad de abrir las preguntas a la sociedad: ahora que estamos todos encerrados ¿no les parece que los manicomios son inhumanos?

Por otro lado, las reflexiones que nos trae el caso MT7 nos vuelve a traer la discusión de las condiciones económicas: la estabilidad económica es un claro factor de salud mental, y quienes carecen de un trabajo para sostener una vida normal se ven en el riesgo de ir perdiendo retazos de salud.

Encontramos entonces, gente que necesita atención y contención, y profesionales que se encuentran precarizados laboralmente e intentando brindar un servicio de calidad para mejorar la salud de la población.

## CAPÍTULO V: Conclusiones

En este último capítulo, cerraremos los análisis abiertos en páginas anteriores y convidaremos a los lectores con algunas posibles respuestas a nuestra pregunta directriz: **¿Cuáles son los cambios que la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) generó en la práctica clínica musicoterapéutica de los profesionales en el ámbito de la salud mental?**

Hacia el final, compartiremos posibles líneas de investigación para futuros trabajos que nacieron al calor de estas últimas cavilaciones.

Comenzaremos compartiendo una reflexión sobre las condiciones de producción de este trabajo: un país en cuarentena por una pandemia, entrevistas en el entorno virtual y tanto entrevistados como investigadores siendo trabajadores “esenciales”. La virtualidad parece haber facilitado las entrevistas y que nuestros entrevistados se expresen en sus respuestas, dándonos también lo que los investigadores hemos determinado en llamar **“contenido generoso”**: un contenido donde los filtros disminuyeron y nos dieron declaraciones viscerales y sinceras, que nos acercaron al compromiso y la profundidad de ideas de los musicoterapeutas.

Este contenido generoso nos permitió una lectura profunda, reflexiva y comprometida durante todo nuestro análisis.

Con relación a nuestra pregunta directriz, estamos en condiciones de decir que la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) generó cambios en diferentes niveles.

Acorde a nuestros objetivos, donde enunciamos nuestro interés en indagar las transformaciones en las concepciones teórico-prácticas de los profesionales, podemos decir que los dispositivos de atención se vieron modificados con la involucración de los musicoterapeutas dentro de los equipos con mayor toma de decisiones, y generó más reconocimiento de las labores de éstos en las instituciones y en cargos de gestión.

A su vez, no encontramos cambios sustanciales en la forma del vínculo musicoterapeuta-usuarios porque, de acuerdo con lo manifestado por

nuestras entrevistadas, la concepción teórica de vínculo ya era puesta en práctica muchos años previo a la sanción de la LNSM, teniendo como base la mirada de un sujeto complejo que a través de la expresión artística singular puede interactuar para satisfacer sus necesidades (que como bien dijeron varias musicoterapeutas, “son más que casa y comida”). La posición ética y clínica a la que invita la ley tiene larga data en el ejercicio musicoterapéutico y se funda en esta noción de vínculo, intercambio e invención, más que en la intervención *sobre* el sujeto, que lo anula al ponerlo en un lugar pasivo, de objeto.

El análisis de estas dos nociones (vínculo y dispositivo) nos permite pensar en la interdisciplina como algo en práctica más allá de las dificultades, tanto de apertura de perspectiva por parte de los profesionales como de la implementación de la ley. La apertura enunciada en la norma dispuso un territorio de reconocimiento para las competencias de la musicoterapia y los aportes que sus profesionales pueden otorgar a la atención en salud mental. Incluso los mismos musicoterapeutas (casos MT5 y MT7) nombran y rescatan la importancia de otras disciplinas para nutrir la práctica clínica y para crear redes (como lo postuló Mario Rovere hace casi 20 años).

Los actos de confianza, como los enuncia Mónica Papalía, fueron posibles por una cierta obligatoriedad de la ley de “reconocer la incompletud” de las disciplinas hegemónicas, a decir de Alicia Stolkiner.

Siguiendo esta línea, la perspectiva desmanicomializante se sostiene también antes de la sanción de la LSNM: la propuesta de trabajar en los dispositivos aportando perspectivas más allá de la psicofarmacología, la búsqueda de participación de los sujetos en sus tratamientos y la intención de construir espacios por fuera de los muros del manicomio por parte de los musicoterapeutas es un ejemplo de esto. El cambio que generó la sanción de la ley N° 26.657 fue que las instituciones se vieran en el deber de acompañar estas propuestas.

En todo esto, que surge de las entrevistas (y de conocer algunos de los dispositivos), visualizamos una ética compartida en nuestras

entrevistades, una ética que reconoce a les usuaries como sujetos de derecho, con la sensibilidad puesta en la búsqueda de un trato de iguales, en defensa de la dignidad y la ternura. Una ética que respeta profundamente los acuerdos colectivos y que los hace el marco regulatorio de sus prácticas profesionales, teniendo a las leyes como la medida de lo justo y también como el borde de expansión de lo posible, de acuerdo con la doble posición que expresa claramente Gabriela Salomone, autora que tomamos en nuestra perspectiva teórica.

Este trabajo nos dio la oportunidad de poder acercarnos a diferentes universos de ejercicio y nos despierta muchas reflexiones:

Vivimos en un país donde la conquista de derechos tiene una base democrática y militante muy fuerte; los derechos ganados en estos últimos 18 años de democracia postcrisis son gracias a la lucha y al compromiso de sectores que no dieron el brazo a torcer. La sociedad argentina es reconocida en el mundo por sus logros legislativos en el papel, pero con un gran déficit en la implementación de esos derechos. Se genera así una paradoja que visibiliza grandes discursividades progresistas pero que, en los hechos presentan, grandes resistencias para ser implementadas. En este sentido, nos parece importante rescatar que el mismo ímpetu que tenemos para conseguir derechos, debemos tenerlo para que el Estado y diferentes sectores cumplan con lo establecido.

Y esto va de la mano con el reconocimiento de les trabajadores de las diferentes áreas. En este caso, les trabajadores de la salud. Creemos que el compromiso tiene que estar tanto con el cumplimiento efectivo de las leyes como en la conquista de derechos laborales.

Tener que trabajar dependiendo de un sueldo atado al antojo de las obras sociales, la precarización que significa un monotributo y sostener múltiples trabajos en un mismo período es desgastante: ¿a costa de qué les profesionales de la salud brindan atención?

Las palabras del caso MT5 nos interesaron en esta línea: el trabajo de residentes y concurrentes de los hospitales públicos no puede seguir siendo gratuito o con un salario por debajo de la línea de pobreza.

El derecho a la salud integral y de calidad también implica condiciones de trabajo y salarios dignos para los trabajadores que se forman y realizan sus tareas para que ese sea un derecho efectivo.

Un derecho efectivo también es la plena implementación en todo el país de las leyes sancionadas, y el reconocimiento de los profesionales y sus competencias en todas las provincias. A la fecha del cierre de este trabajo, parte de la problemática expresada por la musicoterapeuta mendocina había sido solucionada: los colegas de la provincia de Mendoza consiguieron la personería jurídica para su asociación profesional. Como investigadores que se reconocen *porteños*, entendemos que es importante desarmar la centralización que genera la Ciudad capital del país, y escuchar mucho más las voces de las demás provincias. La construcción de una musicoterapia argentina debe ser federal.

Nos gustaría compartir algunas líneas de investigación para futuros trabajos:

En el planteo del problema del presente trabajo, hicimos referencia al **Capacitismo**, que es un conjunto de creencias y prácticas arraigadas en lo social que discriminan a las personas con discapacidad. El capacitismo tiene vinculación con el modelo médico rehabilitador, que considera que hay personas que se corren de lo normal, que no son sanas y que deben ser “normalizadas y/o “rehabilitadas”. Aquí entran las diversidades funcionales motrices, del desarrollo, mentales, el estigma del padecimiento psíquico, y genera prácticas concretas de discriminación, violencia y odio.

Si bien este paradigma coexiste con los modelos de inclusión y diversidad, consideramos que es importante reflexionar, investigar, pero sobre todo involucrarnos en las causas que defienden los modos singulares de existencia: como ciudadanos, porque somos en vínculo con otros y la convivencia desde la diversidad puede traer felicidad (felicidad como bandera política) y como profesionales de la salud porque, en definitiva, nuestro trabajo es garantizar que los derechos de otros se

cumplan y sean accesibles. Debemos ese compromiso a nuestras comunidades.

Con respecto a la salud mental y el medio ambiente también se nos han planteado preguntas: en el marco de esta pandemia se visibilizó la necesidad de lugares verdes y de esparcimiento, el cuestionamiento a las dietas y consumos alimentarios que sostenemos mediante industrias que dañan irreversiblemente al planeta. ¿Cómo se ve afectada la salud mental al no tener lugares de recreación, al vivir en ciudades superpobladas? ¿Qué consecuencias trae el encierro prolongado en nuestra salud? ¿Qué alternativas y propuestas podemos crear desde nuestro lugar de profesionales de la salud?

Para finalizar, queremos remarcar la importancia de la reflexión y del compromiso militante que requiere el trabajo en salud mental: se necesitan más personas que quieran poner el cuerpo y mucho amor para sostener y acompañar padeceres, defender la dignidad humana y crear muchos mundos que quepan en uno, más respetuoso e inclusivo. Y ese compromiso se logra involucrándose y contagiando las ganas de cambiar la realidad.

Porque no sólo es posible, sino que es necesario.

## **AGRADECIMIENTOS**

*Mamá: soy yo, me pone feliz que me veas creciendo.*

*“Lengua Universal” – Juan Ingaramo.*

Son muchas a quienes tengo que agradecer, mi vida está atravesada de amor y rodeada de personas hermosas:

A los maravillosos entrevistados que me donaron su tiempo en plena pandemia, con un sistema de salud saturado y con el personal agotado: a ellos, mi gratitud y mi admiración.

A Mari, mi tutora: gracias por las tertulias de lectura de este trabajo, por las ganas de acompañar este proceso y el cariño y la contención puestos en cada encuentro.

A Nora Villa, Silvia Kleiban y todo el Hospital de Día “Mafalda”, por abrirme las puertas para aprender haciendo.

A todo el Club Cultural Maleza, trinchera de amor, militancia y aguante.

A los amigos, siempre: Gusti, por prestarme sus valiosos apuntes y por poner a prueba su paciencia docente; Bel, por las interminables charlas (y la infinita paciencia) explicándome qué quiere decir Lacan en cada oración; Belu y Ana, por todos los abrazos y los mensajes de aliento; a Oli y Guada por sus lecturas de verano y anotaciones atentas; a todo ese grupo de manijas con les que atravesamos cinco años entre mates, abrazos, cuchicheos, interlecturas y apuntes.

A mi hermano Tomás, por el ajedrez y por ser cómplice en todo tipo de juego y debate filosófico.

A papá y mamá: por darme la vida y por enseñarme a lucharla para que valga la alegría, para mí y para todes.

*A mi abuela Rosa, que con su sonrisa me enseñó de la dureza tierna, el valor de la palabra honesta y a dar la mano para ser siempre compañera.*



“Niño y Madre” – 1982. Oswaldo Guayasamín.

“Los que se hacen cargo de ser  
De su ideal la trinchera.  
A todos los militantes  
Salú  
Salú por pelear”

“Retirada a los Militantes” Retirada Carnaval 2020 – Un Título Viejo (Murga  
Uruguay)

## **BIBLIOGRAFÍAS**

### ***Bibliografía Conceptual***

- Amarante, P. (2019). *Superar el manicomio. Salud Mental y Atención Psicosocial*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Topía Editorial.
- Banfi, C.
  - (2007). Formas del pensamiento en Musicoterapia: el modelo en cuestión. Conferencia llevada a cabo en 9º Congreso Nacional de Musicoterapia y Encuentro Chubutense en Salud Mental, Puerto Madryn, Chubut, Argentina.
  - (2015). *Musicoterapia. Acciones de un pensar estético*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Basaglia, F. (2008). *La Condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires, Argentina: Topía Editorial.
- Bennardis, M. (2002). *De la Dimensión y la Forma*. (Tesis de Grado). Universidad Abierta Interamericana, Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Boal, A. (2016). *La estética del oprimido: reflexiones errantes sobre el pensamiento desde el punto de vista estético y no científico*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Interzona Editora.
- Fernández, A.M. (2008). *Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.
- Galende, E. (2015). *El conocimiento y prácticas de salud mental*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Langan, G.
  - (2005). *Musicoterapia y Esquizofrenia. La ceremonia del arte donde lo siniestro de la enfermedad se ofrece como construcción estética*. (Tesis de grado). Universidad Abierta Interamericana, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

- (2016). Material de Cátedra de Teoría, Técnica y Coordinación de Grupos de la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana.
- (2017). Material de Cátedra de Organizaciones y Grupos Sociales de la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana.
- Morales, P. (2019). La piedra de la locura. Acto III: LOCURA. En Cavacini, D. (Comp.) *Cuerpos Internados, Poesía Libre*. (pp. 98-105). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial El Colectivo.
- Morin, E.
  - (1995). Epistemología de la complejidad. En *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad* (cap. VIII). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
  - (1998). *Articular los saberes*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la Universidad del Salvador.
- Novacovsky, E. (2003). *Relación del psicoanalista con el saber*. P 008 p.
- Papalía, M. (2002). En Jaime Tallis y otros (colab.) *Trastornos en el desarrollo de infantil*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila Editores.
- Paterlini, G. (2002). *Experiencia y vínculo. Acerca de la construcción del saber en Musicoterapia*. (Tesis de grado). Universidad Abierta Interamericana, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Pichon-Riviere, E. (2014). *Teoría del Vínculo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Rodríguez Espada, G.
  - (2016). *Pensamiento Estético en Musicoterapia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Universidad Abierta Interamericana.
  - (2018) *Música y Salud: Las huellas del discurso musical como posibilitadoras de intervenciones clínico-preventivas en Musicoterapia*.

- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Topía Editorial.
- Rovere, M. (1997). Atención primaria resignificada en la red de servicios. *La salud en el municipio de Rosario*. Conferencia llevada a cabo en el 6° Congreso de Secretaría de Salud Pública de Rosario, Rosario Santa Fe, Argentina.
- Salomone, G. *Ética profesional: ética y deontología*. Cátedra de Psicología, Ética y Derechos Humanos de la Facultad de Psicología de la UBA.
- Sandomirsky, M. (2010). De las políticas públicas a la construcción del sujeto de las políticas. En Saforcada, E. (Ed.) *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. (pp. 75-91). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Solá, J. (2019). *Microalmas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudestada.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. *Salud mental y Mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy*. Conferencia llevada a cabo en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología, Posadas, Misiones, Argentina.

#### ***Bibliografía Metodológica***

- Hernández Sampieri et al. (2006). *Metodología de la Investigación*. Iztapalapa. México. McGraw Hill Interamericana Editores.
- Neiman, G. & Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En Vasilachis, I., *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España. Gedisa Editorial.
- Valles, M. (1997). Técnicas de conversación, narración (I): Las entrevistas en profundidad. En Moreno, *Material de Cátedra Metodología 2* (pp.99-157). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.



## ANEXO 1 – Matriz de Selección de Casos

	1MT	2MT	3MT	4MT	5MT	6MT	7MT
<b>Edad</b>		36			47	50	63
<b>Título</b>	Musicoterapeuta ('84 USAL) / Lic. en Musicoterapia (2005 UAI)	Musicoterapeuta (2005 UAI)	Musicoterapeuta ('76/'77 MSA) / Lic. en Musicoterapia (2005 USAL)	Musicoterapeuta ('96 UAI) / Lic. en Musicoterapia (2002 UAI)	Musicoterapeuta ('95 USAL) / Lic. en Musicoterapia (2000 USAL)	Musicoterapeuta ('92 USAL) / Lic. en Musicoterapia (USAL)	Musicoterapeuta ('87 USAL)
<b>Años de actividad</b>	1984 - Actualidad	2005 - Actualidad	1977/1981 1990 - Actualidad	1996 - Actualidad	1995 - Actualidad	1992 - Actualidad	1987 - Actualidad
<b>Sitio Geográfico de ejercicio profesional</b>	Luján, Prov. de Bs As	AMBA	Mendoza	Rosario	AMBA	AMBA	AMBA
<b>Institución</b>	Clinica de Salud Mental	Centro Ambulatorio	-	-	Hospital Monovalente	Hospital Monovalente	Hospital Monovalente
<b>Tipo de Gestión</b>	Privada	Privada	Privada	Pública	Pública	Pública	Pública
<b>Dispositivo</b>	Internación (agudxs y crónicxs)	Hospital de Día	Consultorio	Dispositivos Sustitutivos	Internación (agudxs y crónicxs)	Hospital de Día/Musicoterapia Comunitaria	Internación/Hospital de Día/Musicoterapia Comunitaria
<b>¿Cargos de Gestión?</b>	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí (sin designación oficial)
<b>¿Docencia?</b>	Sí	Sí	Sí	?	No actualmente	No actualmente	No actualmente



# Universidad Abierta Interamericana

---

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Musicoterapia

## Introducción a la investigación

¡Hola! Primero que nada, gracias por tu predisposición a leerme y a colaborar con mi Trabajo Final Integrador para recibirme.

Mi investigación se titula: “Ley Nacional de Salud Mental: cambios y desafíos para la práctica clínica musicoterapéutica”. Mi tutora es la Lic. Marisabel Savazzini.

Es un estudio de casos y, a través del formato de **entrevistas en profundidad**, me interesa indagar en la praxis de musicoterapeutas en el ámbito de la salud mental; específicamente, entre los años 2009 y 2019/2020, para poder analizar cuál fue la experiencia de les musicoterapeutas durante el debate, la sanción y la aplicación de la ley 26.657.

La pregunta directriz es: ¿Cuáles son los cambios que la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) generó en la práctica clínica musicoterapéutica de les profesionales en el ámbito de la salud mental?

Por una posición ética y política, el trabajo va a ser escrito en lenguaje inclusivo, así que vas a encontrar la e en muchas palabras escritas o dichas por mí, pero no voy a modificar tus palabras (no voy a forzar la aparición de un lenguaje, respetando tu decisión a usarlo o no).

Las preguntas de la entrevista tienen un formato semiestructurado y mi propuesta es que charlemos un rato por videollamada de Zoom, o audios de Whatsapp si la videollamada se te dificulta. Cualquiera sea la plataforma virtual elegida, voy a pedirte que firmes un consentimiento (adjunto documento aparte) para que yo pueda grabar o guardar tus respuestas en algún formato digital y luego poder hacer el análisis y las conclusiones de mi trabajo.

Cualquier cosa me podés preguntar.

¡Desde ya muchas gracias!

Denominación del proyecto de Investigación: Trabajo Final Integrador (TFI) de la Licenciatura en Musicoterapia.

Apellido y Nombre de la tutora: Lic. Marisabel Savazzini.

Apellido y Nombre de la Investigadora: Guadalupe Amieva.

Usted ha sido invitado a participar en la investigación “Ley Nacional de Salud Mental: cambios y desafíos para la práctica clínica musicoterapéutica”.

El Objetivo de la misma es “Identificar y caracterizar los cambios producidos en la práctica clínica a raíz de la implementación de la mencionada ley. Indagar, en el recorrido de su práctica clínica entre los años 2009 y 2019/2020, sobre las posibles transformaciones en las concepciones de sujeto, vínculo, interdisciplina y concepciones éticas.”

- Quienes conforman la población de la presente investigación serán musicoterapeutas que hayan ejercido, entre el año 2009 y la actualidad, en el ámbito de la salud mental en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Rosario (Santa Fé) y Mendoza.

- El proceso de recolección de datos se realizará a través de entrevistas en profundidad, por medio de plataformas virtuales a acordar con le entrevistade.

- La investigadora se compromete a asegurar la confidencialidad de la información así como a resguardar la identidad, el anonimato y la privacidad si así lo quisieran las personas participantes.

- Este resguardo será garantizado tanto en la obtención, elaboración de la información como en la divulgación de publicaciones científicas.

-La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación puede hacer las preguntas que necesite a les integrantes del equipo de investigación en cualquier momento.

Usted podrá acceder a los resultados de la investigación una vez finalizada solicitándolo a la investigadora o a su tutora.

Desde ya agradecemos su participación.

Guadalupe Amieva

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Luego de haber sido debidamente informade de los objetivos y procedimientos de esta investigación denominada “Ley Nacional de Salud Mental: cambios y desafíos en la práctica clínica musicoterapéutica” y mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por Guadalupe Amieva.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o

decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido si así lo deseo y expreso.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Nombre de la persona entrevistada: .....

Firma: .....

Nombre de la responsable de la investigación: Guadalupe Amieva.

Firma:

## ANEXO 3 – Entrevistas

### Caso MT1

**Primero quería saber un poco más de tu historia y de, primero, de dónde sos, dónde estudiaste, cómo elegiste la musicoterapia...**

Bueno, como sabés, soy de Marcos Paz, Provincia de Buenos Aires. Y de nuestra generación la única opción era el Salvador, no había otra opción. Soy de la promoción, en aquella época la carrera duraba tres años y mirá, hicimos juntos la carrera con G. E., somos compañeritos desde aquel momento. El examen de ingreso se suspendió obviamente, fue el 2 de abril de 1982. Mirá qué fecha.

**No, tremendo.**

Malvinas. Y tan, vivía en una nube de no sé qué que viajé a Capital, salí de Marcos Paz, viajé en el Sarmiento y nunca me enteré de lo que había pasado hasta que llegué ahí a Capital. Y bueno, terminamos en el '84. En aquel momento, era la única opción. Así que los viejos somos todos egresados del Salvador, no hay alternativa. La elección de la carrera... bueno cuando la descubrí no sabía que existía, hice un breve paso por, ni siquiera, ni un cuatrimestre: estudié arquitectura en Morón y me di cuenta que no era, nada, no llegué a las vacaciones de invierno. Y ahí me decidí a hacer musicoterapia. Del 82 al 84.

**Y después la licenciatura en la UAI.**

La licenciatura fue mucho después; yo ya trabajaba en todos los lugares en los que actualmente estoy y por ahí en algún otro que ya dejé... Y G. E. me convoca a la facultad, fue en el 97, y ahí se dio la paradoja, un par de años después (unos cinco años después) ya los chicos que egresaban de nuestras cursadas, ellos eran licenciados y nosotros no. Entonces la facultad amó un dispositivo, que fue la comisión quinto K, mirá vos, de todos los docentes de la casa que éramos musicoterapeutas pero no éramos licenciados. La verdad que no me acuerdo mucho qué año fue... yo la tesis la presenté en el 2005.

**Claro... a principios de los dos mil...**

Nos licenciamos, la hicimos unos cuantos docentes que actualmente están y bueno, G. ya la había hecho, pero de los que vos conocés X. era una; S., C. B., G. G., ... éramos poquitos. Los que trabajábamos en la facultad y no teníamos el título de grado, la licenciatura. Así que ahí tenés la licenciatura con ese plan especial que nos dio la misma facultad. Y fue un añito y pico un años y medio que hicimos la cursada. Un encuentro mensual viernes y sábado.

### **¿Y actualmente dónde estás trabajando?**

Bueno, conservo los laburos... he ido y venido y dejado trabajos, pero estos son los más firmes, me acompañan hace más tiempo. En este momento estoy en la clínica (a Lujan vos viniste –sisisi). La Clínica San Juan de Dios, de Luján; la clínica se llama Casa Nuestra Señora del Pilar, pertenece a la orden de los hermanos de San Juan de Dios, que es una institución religiosa. Los que son del oeste conocen el San Juan de Dios de Ramos, que es el hospital, y esta es una institución de la misma organización que trabaja en psiquiatría. Acá el año que viene cumpla 30 años. Entré en el 91. Y mis otros dos laburos son incluso más viejos: trabajo como profe de música en una escuela primaria (que fue mi primer trabajo) que incluso empecé cursando la facultad, empecé a laburar en el 84 estaba cursando mi último año de la facultad. Empecé en una escuela especial y seguí girando, hasta que me titularizaron un barrio donde me quede hasta ahora. Llegue al barrio en el 88, barrio “El Zorzal” de Marcos Paz. Ya tengo nietos de quienes fueron mis primeros pibitos que tuve en la escuela.

### **No, tremendo...**

Si, tremendo. También trabajo (no sé si la promoción de ustedes fue, ¿viniste a la Colonia vos? ¿Viniste solamente a Lujan? ¿O hicimos una visita a la Colonia Gutiérrez?)

### **No, solo fuimos a Lujan...**

Donde estoy mucho tiempo, es en la Colonia Gutiérrez, que es una institución que pertenece a la SENAF, la SENAF es la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, dentro de lo que es el Ministerio de Desarrollo Social. Bueno, ahí te tiro un dato que es interesante, que en algún

momento llevé los papeles a AMuRA: yo entré ahí en el 85, recién recibido. Son los viejos reformatorios, lo que en su momento eran los reformatorios de menores, que siempre trabajaron con pibes con problemas con la ley, lo que se llamaba los pibes de la calle. La Colonia Gutiérrez siempre trabajó con adolescentes varones de 14 a 21 años, siempre fue el rango de la Colonia. Aunque, bueno, también hubo niños más chicos. Y cambió; hubo un momento en que los dos trabajos más grandes, que son minoridad (la colonia) y este, donde estoy ahora físicamente, la clínica, el trabajo en psiquiatría, se vieron atravesados por lo que bueno, justo por lo que vos estás escribiendo en la tesis. Acá, la institución psiquiátrica se ve atravesada por la nueva ley de salud mental, y lo mismo paso, lo mismo pasó en minoridad: en la Colonia también cambió absolutamente todo porque a finales del gobierno de cristina se cambió la Ley de Patronato, que es otra historia muy larga que estaría muy bueno contar. Que es una ley que viene de la época en que Ramón Falcón estaba en la Policía Federal. Es muy vieja la ley de patronato. La ley actual (26.061) cambió el paradigma de trabajo en minoridad; es una ley donde a los pibes se los reconoce como sujetos de derecho y no como objetos de derechos. Cambió la modalidad de trabajo: la Colonia ya no es más una institución donde los chicos están internados, que así funciono hasta 2015. Que, entre otras cosas, después lo charlamos, lo consideré un error político: quisieron cumplir, aggiornarse a la ley, y la colonia prácticamente se cerró, porque el espíritu fue que no haya pibes internados sin causas penales complejas. Los que tenían causas penales complejas iban a institutos cerrados (cárceles de menores) y los demás, según el espíritu de la ley, cada municipio se tiene que hacer cargo de sus pibes de la calle. Eso hizo que la institución medio se cierre, lo que causó mucho alboroto en la gente, previo las elecciones así que imaginate... Me parece que fue un error terrible... Por más que después bajaron las autoridades, la que coordinaba la Secretaría era un cuadro político increíble, una persona que sabía muchísimo. Ahora es la Defensora del Menor, Marisa Graham, pero en aquel momento se cerró el dispositivo, yo estaba en uno pero se cerraron todos, no quedó ningún chico alojado, y bueno, se tuvo que recrear la actividad pero estamos trabajando muy bien, pero desde otra mirada, haciendo promoción de derechos, haciendo talleres. Bueno, y en el

97 entré a la facultad. Esas son mis cuatro actividades laborales, más allá de la música y todo eso.

### **¿Y cómo empezaste a trabajar en salud mental?**

Era lo que más me atraía, siempre quise laburar en psiquiatría, trabajar con la locura, me atraía mucho. Y mirá, paradójicamente fue en lo que más tardé: en el 84 me recibí y entré a la clínica en el 91. O sea que tardé bastante; hice intentos fallidos en otros lugares: o no pude entrar, o era muy malo el lugar, o muy feo o bueno, no se dieron las cosas. Hice varios intentos en clínicas psiquiátricas. Y bueno, finalmente entré a laburar acá medio de casualidad, por medio de una terapeuta ocupacional y bueno, vine a unas entrevistas y quedé en el 91.

### **Me quedé con que dijiste que algunos lugares eran muy feos... ¿en qué sentido?**

Y, espantosos. Mirá: por ahí te sirve: cuando ente a la colonia, en el 84/85, que era una escuela especial de ch disc había toda una movida de una pareja de psicólogos y en marcos paz donde yo vivo había una clínica psiquiátrica. Se llamaba San Camilo, ahora está medio en un derrumbe; imaginate lo mala que habrá sido que esa institución la cerró PAMI. Imaginate para que PAMI cierre una institución lo mala que habrá que sido.

Hicimos unas entrevistas, porque llegada la democracia hubo muchos cambios. Bueno, nuestros primeros años, en el 82, el primero y el segundo fueron en dictadura todavía, igual, mucho más blanda obviamente... pero después ya empezaron a haber cambios importantes. Y sabés que fuimos a entrevistas a ese lugar... y no sé, no me gusta mucho hablar de esto (por ahí te sirve, por eso te lo cuento): fuimos, nos llamaron; fui a una entrevista al lugar, que todavía funcionaba, y el tipo que la manejaba (el psiquiatra, el dueño), fue muy feo, nos decía: *mira nos están pidiendo* (obviamente para categorizar la institución) *actividades: psicología, musicoterapia*. Y el tipo me decía: *yo no creo nada de estas cosas, no me interesa, no me importa así... Bueno...Tendríamos que tener musicoterapia, psicología, no sirven para nada pero bueno, son las cosas que te piden*. Así, con ese nivel de agresión...

### **Brutalidad...**

... sí sí, y obviamente ninguno fue. Necesitaba los títulos, si íbamos o no íbamos... Evidentemente no nos iba a dejar laburar, así que ninguno de los que fuimos siguió yendo. Y después en otras bueno... no arreglé la guita, yo vivo en Marcos Paz, y costaba viajar y bueno, te tenían que dar un número mínimo para que se justifique. Y vos sabes que ahora, con la Ley de Musicoterapia estamos más incluidos, pero en su momento era más difícil conseguir laburos remunerados que sirvan. Otros decidí no agarrarlos y bueno, entré a la clínica por estas cuestiones del azar y bueno... es una institución religiosa, privada (que no es del Estado) y tiene un perfil religioso sin fines de lucro. Con los pros y los contras de la institución, como toda institución. A veces se labura mejor, a veces peor... Yo trabajo muy bien, estoy muy contento.

**Con esto de no creer o sea, esto que te decían el hombre, era como que, yo pienso, debe ser como un choque, con algo que vos sostenías o vos habías estudiado. ¿Que sostén teórico tenías para que te interese el campo de la salud mental?**

Pero para no entiendo, ¿me preguntás por esa institución donde no entramos?

**Sí, perdón, yo me quedé con eso. ¿Cuál era el sostén teórico que tenías para entrar en salud mental?**

Las dos experiencias que tuve yo de formación fueron en la facultad, y ni bien terminé la facultad hice psicología social. Por eso hoy doy grupos en la facultad. Pero ya desde la facultad, en las cátedras de psicopatología (así se llamaban en aquel momento), siempre me intereso el campo de la locura y trabajar en psiquiatría. El sustento teórico que tenía fue lo que estudié en la facultad la cuestión de la locura... Y después bueno, cuando empecé a estudiar psicología social tuve también mucho acercamiento a experiencias de trabajo en psiquiatría y en psiquiátricos. Siempre fue un campo que me tiró mucho, me intereso mucho. Sustento teórico: lo que vi en la facultad, en la materia de psicopatología (no me acuerdo que año fue) y todas las musicoterapias que bueno, alguna de ellas hablaban, (vos también las

cursaste), que estaban divididas en: niñez, adolescencia, discapacidad y campo de la psiquiatría. Y con adultos, siempre me gustó adultos.

### **Cuando entraste a la clínica como era la modalidad de trabajo ¿Como trabajabas?**

Empecé como todos los todos los musicoterapeutas cuando entran en una institución. La clínica grande tiene más de 200 internos, está dividida en 6 unidades funcionales, antes se le decía pabellón; son los 6 lugares donde los pacientes viven. Cada uno tiene como un mínimo dispositivo de comedor, sala de estar, comencé laburando en cada uno de los pabellones en sus salas de estar; iba yo al pabellón con un bolsito con instrumentos con grabador y eso duró un par de años (porque ya de entrada trate de gestionar un espacio propio) y poco años después, 3 años después aprox. Estuve así dando vueltas hasta que gestioné mi primer lugar físico que me dieron. Y después fueron mutando esos lugares por los avatares de la institución. Y este lugar, este gabinete donde estoy ahora lo tenemos desde 2006. No roté tanto, este es mi segundo. Construimos un gabinete que después nos quedo chico y en función de este pasamos a este lugar y después acá mismo se generó un centro de día donde mi gabinete quedo adentro de ese centro de día y desde el momento que tuvimos gabinete la modalidad de trabajo cambió y son los pacientes los que vienen, usuarios según la nueva ley, los que vienen al gabinete y no yo que voy los dispositivos. Bueno esto cambió ahora, en pandemia el gabinete está cerrado, es un espacio cerrado, vos lo viste, cerrado y chico por lo que es peligroso, y el encuadre de trabajo ahora, es que yo, otra vez, como al comienzo, estoy yendo a las unidades funcionales y a los espacios al aire libre de cada unidad.

Pero igual, a ver... en pandemia estamos trabajando como podemos igual es súper útil y súper necesario porque te re contra esperan los muchachos, pero más que guitarrear un poco y charlar un poco de la vida, o sea, no podemos grabar, no podemos improvisar, no podemos laburar como se debe, pero igualmente, el trabajo es súper necesario, el hecho de juntarse, de charlar un rato, de contarse cosas, de estar con ellos y escuchar me parece que es súper necesario.

Nosotros tuvimos una pequeña discusión interna con unos compañeros porque cuando empezó la pandemia, los primeros días dejamos de trabajar, pero esto es una institución de salud, o sea que solamente dos semanas no vinimos los profesionales, después empezamos a venir con horarios reducidos todos por esta cuestión de cuidarse y de cuidar a los pacientes. Finalmente el virus terminó entrando a uno de los pabellones, fallecieron dos pacientes, pero dentro de todo el cuadro general del conurbano se manejó bastante bien la cosa.

Hubo muchos pacientes contagiados en una de las unidades funcionales y por suerte, con muchos pacientes de riesgo porque es un pabellón de adultos discapacitados y grandes muchos y es una barbaridad decirlo pero, los dos pacientes fueron muy sentidos, gente muy muy conocida y de mucho laburo, pero pudo haber sido un desastre y afortunadamente no lo fue.

Y tuvimos una discusión interna por que la clínica en un momento se puso firme y nos exigió volver al horario habitual y muchos compañeros no querían... Y yo realmente creía que teníamos que volver, con los cuidados del caso, pero me parece que teníamos que volver: porque esperan, están muy solos y es muy difícil para los muchachos porque que se cortaron la visitas y hay muchos pacientes de acá que salen, y no pudieron salir, no solo que no pudieron salir, no pudieron recibir a sus familiares desde marzo. Recién ahora la semana pasada se aprobó un protocolo de visitas, están empezando a poquito a volver las familias, no entran a las unidades funcionales se juntan en el parque con distancia, pero se pueden ver.

Yo en un momento dije que, hubo toda una movida, para rechazar las propuestas de la dirección, y la verdad que yo me sumaba a la movida porque es todo muy democrático entre los compañeros, pero yo creía que teníamos que volver, después teníamos la discusión por que nos obligaron a volver y se acabó el debate. (risas) Cuando nos mandaron un mail intimándonos a volver se acabo el debate. Para mi me parece que era necesario.

Para terminar, el protocolo ahora por día no puedo mezclarme, y hoy voy a trabajar un muchacho del pabellón 2 y solamente con ellos. Yo hoy no me mezclo con otra unidad funcional. Trabajo con ellos vuelvo al gabinete

estoy encerrado y me voy a mi casa. Si yo estuviese contagiado no ir de pabellón en pabellón.

### **Circulaste muy poco, claro.**

Igual yo estoy un poco tranquilo porque nosotros tuvimos, mi mujer fue positiva y yo no sé pero supongo que sí, estuvimos aislados 21 días. (Guau) Me hice los análisis me dijeron que no llegue a tener anticuerpos, pero yo supongo que, si estuvimos 21 días tomando mate juntos, porque fue al primer día positivo, ¡ya esta! Igual no hice anticuerpos ó sea me lo puedo volver agarrar. Tengo un poquito de tranquilidad por ahí. Igual te exigen protocolo, laburamos con barbijo, con distancia, al aire libre, con una cantidad limitada de pacientes.

### **¿Y los instrumentos los desinfectan?**

Por eso: es un como si, yo llevo mi guitarra y la toco yo solo, en otros lugares hay algún paciente que tocan también, ellos tocan su guitarra, no prestamos los instrumento, porque si no era un caos desinfectar todos los instrumentos cada vez. O sea esto va pasar y mientras tanto laburaremos así. Y después apelamos a la creatividad, también en otro dispositivo estamos haciendo, acá con los muchachos del hostel que los tengo al lado. ¿Te acordas los instrumentos que hacíamos con zapallos? - **Si.**

Bueno estamos trabajando con eso al aire libre. Pero sin prestarse instrumentos.

### **¿Y cuando entraste, y en estos años antes de la ley como era la relación con tus colegas? ¿Con los terapistas, con los psiquiatras?**

Siempre fue muy buena, siempre fue muy buena, es más te diría que al comienzo fue mejor que ahora en la actualidad. Siempre tuve psiquiatras hubo psiquiatras la institución muy progresistas, ninguno del palo ortodoxo o biologista de la psiquiatría, siempre con apertura a la profesión, de hecho dos de los psiquiatras que había, te puedo decir que 3, 2 eran músicos, uno tocaba la traversa, la Dra Margarita tocaba saxo, el actual director de la institución es un hombre con mucha musicalidad, que ha cantado en coros. No he tenido ninguna dificultad de discriminación o de limitación o falta de reconocimiento, al contrario. Y menos a los comienzos, ahora, por ahí,

algunos compañeros ya se jubilaron o se fueron y eso si lo noto en la institución... que ha caído en... (suspiro) Esto no fue casual, yo entré en el 91 pleno menemismo, y las cosas se fueron deteriorando económicamente cada vez más, y los contratos fueron cada vez peores, la gente rota cada vez más ... pero nunca hubo falta de.... La profesión siempre fue tratada con mucho respeto, no tengo nada para decir, siempre incluidos en las reuniones en las tomas de decisiones, nada que reprochar al respecto.

### **Había reuniones de equipo, donde se comentaba todo?**

Permanentemente, las cosas en los últimos años no están muy bien, hemos caído en algunas cosas, hemos retrocedido. Pero bueno, los curas acá tienen un sistema de rotación, se van rotando la dirección cada un par de años, y eso depende quien esté al frente te genera algunas dificultades... Estamos en un momento, hará dos años que cambio todo la comisión médica también y desplazaron a la gente que estaba antes, toman así decisiones medias raras en esta institución. Y esas decisiones inciden.

Te cuento, esto va a ser muy largo... Te aclaro **-No pasa nada (risas).**

Cuando entre en el '91, yo tuve una entrevista con un psiquiatra que fue quien me entrevistó, que era director la clínica en ese momento. Muy piola el tipo, muy progresista... ¡Al año siguiente! ¡Yo recién había entrado! Cambió la conducción religiosa y al cura nuevo que entró no se llevaban bien, no sé, y lo echó así nomas. Sin ningún derecho al pataleo por que le pagaron absolutamente todo lo que por ley tenían que pagarle y poquito más, lo indemnizaron, le dijeron muchas gracias por todo... Imaginate que si echan al director, a la máxima autoridad, al director médico, acá los que mandan son los religiosos.

Ahora ellos están en crisis, porque hay cada vez menos obviamente, y están complicados. Hace 2 años desplazaron a toda la comisión que había y hay una comisión nueva en términos médicos y desde que esta conducción la verdad que hemos retrocedido un poquito, y justo nos agarró la pandemia y hemos retrocedido mucho en reuniones de equipo pero en su momento yo aprendí mucho, ateneos... Al tener reuniones de equipo todos los martes a las 10 donde se planteaban casos, nos daban charlas, algunos de nosotros teníamos que dar charlas, ateneos permanentes, o sea, se trabajo muy bien

en este lugar, y en este último tiempito hemos decaído un poquito, después de la pandemia las cosas se acomoden.

Insisto es un buen lugar para laborar y los psiquiatras y los psicólogos con los que trabajo tienen un permanente reconocimiento... Tenemos algunas discusiones, por ejemplo, no con los compañeros, pero los curas, por ejemplo, hace poco cambiaron las pizarras que hay en las instituciones y no está ni la musicoterapia, ni la terapia ocupacional, ni los kinesiólogos, ni los profesores de educación física. Así que estamos en esa discusión que actualicen, viste cuando entras a una institución que esta la pizarra puesta... No estamos nosotros. Así ya planteamos la queja correspondiente estamos a la espera que se acomoden las cosas. Pero bueno, ¡son detalles no menores! Bueno, esta institución fue un muy lindo lugar y creo que va a volver a serlo, ha cambiado un poco, hay críticas. Estamos mal, no solamente la institución, muchos espacios del país, espero que se acomode.

**Viniendo más al presente, por ejemplo, al año 2010 cuando se empezó a tratar la ley en el congreso o cuando se empezó a debatir, ¿qué pasó en la clínica durante el debate de la ley?**

Tuvimos reuniones, se trabajó bien, nos informaron de los cambios. Yo te voy a decir para mí los datos más relevantes que voy a decir de como impactó la ley en nuestro laburo.

El cambio más relevante que yo te quiero contar, cuando empecé en el '91 a pocos años después llegó un psiquiatra que después se fue a otro laburo D. D. se llamaba. Que desde que lo conocí y el tipo ya empezó a romper los huevos y yo decía mirá que polenta tiene: estaba detrás de la apertura de casas de medio camino, que la clínica cree sus propias casas de medio camino en el centro de Lujan. Y estaba con ese proyecto: y se armaron comisiones, grupos y proyectos y proyectos y nunca se armó; el tipo se fue de la clínica y nunca se armó. Había pacientes en la institución que podrían haber estado tranquilamente externados y vivir solos en una casa de medio camino, y no lo logró nunca. Cambiaron los curas, cambiaron las direcciones y nunca se logró instalar las casas de medio camino en la clínica. La ley lo exige ahora, la clínica ahora tiene dos casas de medio

camino: una para mujeres y otra para varones en el centro de Lujan que las dos funcionan recontra bien y estoy seguro que si no se hubiera aprobado la ley hubieran seguido con la misma discusión y nunca lo hubieran hecho.

Creo que ese el cambio más... Viste que a veces nosotros hemos laburado esto de la imposición y de la implicación, pero si la ley no imponía esto la clínica nunca lo hubiera hecho... y funcionan muy bien. Funciona mejor la casa de las mujeres que la de los varones. Pero en la casa de las mujeres (creo que a hay 5 pacientes) que se manejan solas en una casa de Lujan, por supuesto con el acompañamiento y la supervisión y la casa de varones lleva más trabajo... Pero marco esto como el cambio más visible desde la sanción: si no hubiera sido por la sanción y reglamentación de la ley, la clínica nunca lo hubiera hecho.

Y te estoy hablando de un reclamo que lo empecé a escuchar en el 94/95, creeme que se armaron comisiones, “si vamos a alquilar vamos a ver qué podemos hacer” y el cura y el director nunca hicieron nada. Porque era una erogación económica porque no estaban los resortes de obras sociales. De hecho hubo pacientes que en aquel momento le dieron un alta pero a otra casa de medio camino pero de otras instituciones en Capital, pero la institución nuestra nunca abrió las casas de medio camino hasta que se lo exigió esta ley

¿Se entiende? **-Si** -Por eso me parece que eso es lo más importante a marcar en términos de laburo. Eso a mí me parece fundamental. Fue la imposición de la ley la que le exigió a los dueños del lugar abrir las casas de medio camino: se abrieron y funcionaron bien encima. Tengo la certeza de que si hubiera estado la ley no se hubiesen abierto, porque es proyecto que venía de años y años, recuerdo un psiquiatra, pero venía muchas veces: “che tenemos que armar algo” y no se pudo armar. Y ahora está, y las dos funcionan con sus trabajadores, tengo compañeros que van y que asisten, trabajan. También se armó un hostel interno, dentro del predio de la institución pero con otra modalidad de laburo, pero eso no es tan, no sé si la ley influyo en la creación del hostel. Pero si en las dos casas de medio camino, clarito.

Yo creo que eso tenés que marcarlo. Acá en la ciudad de Lujan también hay muchas... Hay dos colonias, una nacional y otra provincial, de salud mental muy grandes: Open Door y Torres. Y ambas, lo sé porque tengo compañeros que laburan en esos espacios, ambas armaron muchas casas en la ciudad de Lujan donde los pacientes llevan su vida fuera de la institución, me parece que es el cambio más.

**-¿Las armaron, también como la clínica, después de la sanción de la ley?**

Sí sí, sí porque se lo exigieron. No tengo datos acá, pero si te hacen falta, tengo muchos compañeros de trabajo que trabajan conmigo en la clínica que trabajan o en Torres o en Open Door, así que si te hace falta algún dato te los paso.

**¿A nivel institucional durante la ley siempre estuvieron informados y charlaron, debatieron con tus colegas?**

Si, si hubo reuniones, nos explicaban, hubo mucha discusión, tengo que decir que muchos de los psiquiatras por ejemplo no adherían a la nueva ley; pero se discutió, se charló... Se objetaron puntos, se mezclaba mucho la política porque era, porque estábamos en un momento muy politizado y había cuestionamientos a la ley pero no fue una oposición salvaje. Y se discutió mucho, hubo muchos ateneos y reuniones, se laburó mucho y nos explicaron todos los cambio que iba haber. A ver... yo creo, te vuelvo a marcar, me parece que el cambio más notorio fue ese. Después a mí, en lo laboral, en lo profesional, en la modalidad de laburar no me cambiaron grandes cosas, si algunas pero tiene más que ver, que la nueva ley permitió en la institución la apertura de (que ya se venía trabajando antes) la apertura de un espacio de pacientes agudos y subagudos con crisis así súbitas, como internaciones breves. Que es lo que tuvimos de la mano de la nueva ley. Pero no me cambió la manera de trabajar a mí, porque la gente que viene de esos dispositivos, los usuarios de esos dispositivos integran a los dispositivos que yo tengo acá armados y trabajo de la misma manera (Tose) Entiendo que si les cambió la ecuación a los pacientes.

**Esa era mi siguiente pregunta ¿Como fue toda esa instancia de comunicar que algo iba a cambiar hacia los pacientes?**

Ahí yo no tuve injerencia alguna, pero cada equipo... Acá la unidades funcionales, los pabellones tienen cada uno su equipo integrado por un psicólogo y un psiquiatra más nosotros, pero nosotros rotamos. Cada unidad funcional también tiene asambleas, todas (antes de la pandemia), todos los pabellones, los que pueden por las discapacidades que hay, todos los dispositivos tienen asambleas, y eso fue en función de cómo los compañeros de cada equipo trabajó la ley dentro de su espacio.

Ahí yo no intervine, yo en un momento forme parte (tos) (me trague una yerba!!!)?¿?¿?¿?¿?¿? Formé parte de un equipo pero después me volví al gabinete para tener más trabajo de musicoterapia.

Fue cada equipo de pabellón el que trabajo con los pacientes los cambios, yo ahí me quede medio afuera.

De hecho, son casos por ahí muy puntuales, para algunos pacientes puntualmente cambio. Yo no diría que hubo grandes en la institución porque en general son pacientes crónicos que recién en el 2008 incluyo espacio de pacientes agudos y subagudos; eso sí genera una rotación, una entrada y salida de pacientes permanente. Pero después hay un gran sector de pacientes discapacitados o con pacientes con patologías psiquiátricas crónicas que permanecen en un estado de cronicidad que, si bien salen, entran, tienen visitas pero permanecen institucionalizados.

### **Claro, el proceso de externación es algo que no es posible?**

No es posible... Pero a ver, me parece que la ley en otras cosas es importantísima. Hubo, pero podría contártelos con nombre y apellido. Calculo que 4 o 5 casos, no más de esos pacientes que con la reglamentación de la nueva ley, aprovechando el impulso de la nueva ley, lograron la externación. Que eran supuestamente crónicos y que pudieron volver con sus familias, pero excepciones. Y ahí también, me parece, que tenemos que hacer un análisis, vos trabajaste conmigo toda la cuestión de las instituciones, las instituciones tienen un montón de defectos y de cuestiones pero las familias también y el tema es volver y a dónde volver, ¿no?

Te cuento un caso de lo que es la pandemia, no la nueva ley, uno de los pacientes que más trabaja conmigo y es un caso difícil; la familia re bien, una familia contenedora y muy presente pero el cuadro es difícil por las reacciones, actos de violencia, de autolesión... y los agarro la pandemia de visita, ósea con el paciente en la casa, y los agarro la pandemia ya a los padres por ser de riesgo haciendo trabajo en la casa, sin tener que salir de la casa, que no permite contener al paciente. E este paciente no volvió a la clínica desde que empezó la pandemia, lo que es por un lado fabuloso por otro lado debe ser agotador para la familia pero también: ¿Por qué lo pueden contener? Porque no tienen que salir a laburar; claramente es una persona que no lo puede dejar solo en la casa. Me conoces, no soy un fascista. Yo no lo dejaría a él solo en mi casa. No puede, necesita contención y la familia pudo aprovechar esto de la pandemia y hasta ahora no volvió. ¿Cuándo ellos vuelvan a trabajar que va a pasar?

### **Claro, el después va a ser difícil...**

No fue la nueva ley, sale todos los fines de semana, excepcionalmente se queda por alguna cuestión coyuntural pero con una familia muy presente.

Hay pacientes, hay gente que no tienen las condiciones objetivas de externarse, es difícil, lo hemos trabajado nosotros en tercero. Y hay casos que yo estoy seguro que podrían estar afuera, seguro... pero la ley llegó tarde, porque ahora está todo muy anquilosado y ya está...

### **La familia se armó con ellos en la clínica**

Si, totalmente. Yo creo que sí ha sido un cambio muy favorable en los pacientes que se internaron a partir de la ley porque el equipo tiene para con la familia otras herramientas, otra posibilidades de exigir cosas.

### **En qué sentido...?**

Y en que la familia no abandone al paciente....

*Tuvimos que realizar un segunda encuentro para terminar la entrevista, una semana después, por problemas técnicos.*

Si no se hubiera reglamentado la ley, no la hubieran hecho acá estoy seguro. Y están funcionando muy bien. Después no hubo grandes cambios, por lo

que te decía es una institución caracterizada por muchos pacientes de antes. No se agilizaron mucho las altas porque ya estaba todo bastante anquilosado, las relaciones con la familia y eso. Sí con los pacientes que ingresaron después de la sanción de la ley.

**Sí, eso me quedé pensando: justo antes de que se cortara habías llegado a decirme que le había dado más sostén o más herramientas a las familias para reclamar cosas. O como para estar más atento a ciertas cosas.**

Sí, y ojo con lo que decía, a veces al revés. A veces te da más herramientas a la institución para que la familia se haga cargo de algunas cosas. También está esa parte, la familia la que muchas veces, no siempre, hay que ser muy cuidadoso con esto. Así como hay familias bárbaras, la nueva ley a permitido apretar a las familias en temas tan sencillos como en ir a visitar al paciente o llevarlo. O como dicen ellos, son términos muy feos los que usan los mismos pacientes, “me sacan”. Y yo les digo, no sos un perro. Vienen a sacarme. Pero bueno, la nueva ley también viene a apretar y a sacar un poco de las familias que se hacen los sota. Y te cuento que son muchas. No solamente ayuda a la familia, sino también ala institución para pararse y exigir frente a las familias. Bueno, ¿y qué te quedaba?

**Si crees que hay cosas que faltan modificar, en cualquier ámbito de la ley. Desde las instituciones, en el trato, o donde pienses.**

Pero, es difícil la pregunta. Hace falta modificar algo en la ley o en las instituciones?

**En la ley o en la práctica. Hacer cumplir la ley, o si al texto le falta para que se haga más practicable.**

Bueno para, vamos por partes. Lo del texto de la ley, la verdad que no sabría que contestarte. Te digo la verdad absolutamente: la ley la leí, pero qué le falta a la ley, tendría que hacer una lectura... Así ahora no sé qué le falta a a ley. Sí sé que por ahí en las instituciones... creo que es un antes y un después: los cambios se ven a partir de los pacientes que han ingresado después de la reglamentación de la ley. En los pacientes que estaban antes no, salvo excepciones que te contaba la vez pasada, que no llegan a ser

cinco. Que sí les cambio, que no es poco. Pero son dos o tres que a partir de la sanción de la nueva ley de salud mental que ni bien se reglamentó pudieron irse. No te voy a dar nombres porque no corresponde, pero te estoy hablando de 3 personas en un lugar que aloja a 200 y pico. Si a las personas que ingresaron después de la sanción de la ley, creo que les cambio mucho en relación a sus propias internaciones.

No sé qué cambiaría, la verdad es que no sé. Tendría que leerla. Acá, por ejemplo, insisto, que se hayan creado hostal y casas de medio camino y se pudo abrir otro régimen de libertad y vida para los usuarios son cambios contundentes y rotundos, consecuencias de la ley.

### **Vos trabajas en las casas de medio camino o cómo funciona?**

No. No las casas, si en el hostal, que está adentro del hospital, que es un dispositivo intermedio. Se lavan ellos, se cocinan ellos, viven solos con una supervisión. Sin la disciplina estricta de la unidad funcional, que te desayunas a una hora, te bañas a una hora, es un paso intermedio para después, en algunos casos, pasar a una casa de medio camino u otra vida. Lamentablemente los agarró la pandemia, esto es del año pasado, no tuvieron mucha... pero bueno, pueden salir de acá. Uno (yo trabajo bastante con los muchachos del hostal) uno ya estaba planificando clases de guitarra afuera... Es otra... te manejas distinto, es un gran paso que se cortó por la pandemia.

### **Y ellos después son candidatos a probar en una casa de medio camino?**

Si... las casas de medio camino la macana es que tiene poca capacidad y creo que las dos estaban ya bastante llenas. Creo que viven 4 o 5 en la de las chicas y capaz la de los varones tiene algún lugar libre. Vos sabes que funcionó mucho mejor la de las chicas que la de los varones. Está mucho más estable y hace mucho más que están. La de los varones ha tenido varias idas y venidas, les es más difícil. Y hay algún que otro lugar libre. También se que de esos dispositivos, en los varones, se dieron altas definitivas a la familia o a vivir solos. Hay un ex usuario de la clínica que ya está afuera definitivamente. Uno, pero nada es poco en estas cosas es muy importante. De un grupo de cuatro, uno.

**Crees que para nuestra disciplina, que es la musicoterapia, ¿consideras que hay algo pendiente, en la formación, en los puestos de trabajo... En general en el ámbito de la salud mental. Si faltan cosas para les musicoterapeutas en el ámbito de la salud mental?**

**En las organizaciones, en la formación también si lo consideras.**

En las organizaciones, creo que depende de cada musicoterapeuta. No hay nada, salvo que te toque la suerte y entres en un lugar donde tengas el privilegio de gozar de que hubo otro antes que ya armo todo. Pero sino, no hay nada armado en ninguna institución, no hay dispositivo que te espere a vos. Generalmente tenés que armar todo vos: desde el espacio físico hasta conseguir la compra de instrumentos, graba, tocar. Todo es parte de creatividad del musicoterapeuta- Y de las gestiones que vos mismo hagas. Ninguna institución te espera con las cosas armadas. Esa al menos es mi experiencia. Sé que han cambiado algunas cosas, pero no muchas. Realmente cuando un musicoterapeuta entra a un institución... Sabes que ha cambiado? Que ya el ejercicio de nuestra profesión ya es reconocida y ya es vieja, y es muy probable que ya han hayan pasado colegas por las instituciones. Quizás cuando vos enganches tu primer trabajo en una institución seguramente no seas ahora la primera musicoterapeuta. Reemplazas, tomas la posta de alguien. Te vas a encontrar con algo. Pero las cosas que encuentres fueron gestadas por alguien, tu colega anterior, las tuvo que pedir.

**Que capaz si fue el primero en armar el dispositivo.**

O el tercero o segundo, pero los que armamos los dispositivos somos nosotros... En lo que o conozco. Obviamente no voy a habar de lugares que no conozco. Si, los armas vos. Si, es así. En gran medida los que te precedieron. Que haya gabinete o consultorio de musicoterapia en una institución va a depender de la gente que haya antes que vos.

Hay mucha rotación ahora, que se remplazan de acá para allá. También veo que no...

Creo que la ley ayuda a regular cuestiones por ejemplo, con el dinero de cada musicoterapeuta. Creo que fue se deterioró mucho la inclusión laboral

de los profesionales. No solamente en nosotros. En todas las disciplinas. Acá en la institución donde laburo. No nombraron a ningún otro musicoterapeuta, de hecho en algún momento, la clínica está dividida en dos grandes áreas que son psiquiatría y discapacidad. Que incluso la división corresponde a como las obras sociales facturan cada servicio: un paciente de discapacidad cuesta tanta cantidad de dinero; un paciente de psiquiatría cuesta tanto dinero; un paciente de geriatría se factura otro dinero. Obras sociales, cuestiones administrativas. En algún momento la parte administrativa quedo dividida en dos, imaginariamente. Hay un jefe de terapias en disca y hay otro en psi. Los equipos están divididos. Hay psicólogos, terapeutas, profes de educación física para cada área. Los únicos que dos que no nombraron un profesional nuevo fue en kinesiología y en musicoterapia. Trabajamos con las dos áreas. Deberían haber convocado a uno más. No paso por cuestiones de guita.

Noto mucho con las TO que empezaron a rotar cuando las colegas empezaron a jubilarse. Ninguna se instalo, porque por guita, porque es bastante vergonzoso el ofrecimiento que les hacen y los contratos, el monotributo... Y ninguna se quedo, como las viejas to que estuvieron muchos años laburando con nosotros,. A la primera oferta laboral seductora que tenían se iban. Obviamente. Lo mismo ha asado bastante co otras áreas, quizás más jerarquizadas hasta en la ley, como los psicólogos Observo una rotación también en ellos, donde no están bien retenidos acá y donde obtienen una buena oferta se van. Y bueno, eso pasa.

**¿Entonces en la clínica donde trabajas son un kinesiólogo y vos trabajando con todos los pacientes?**

Si... con todos los usuarios.

**Es un montón**

Obviamente no trabajo con todos se quedan afuera. Se podrían hacer un montón de abordajes que quedan afuera, y siempre quedan librados a las cosas que puedas inventar. Por ahí viene gente, prácticas, estudiantes, y si es de la zona se queda. Pero si no no.

La modalidad de laburo de cada unidad construimos un grupo de cada espacio. No vienen todos, viene de forma voluntaria o por indicación del equipo. En un pabellón de 60 usuarios, conmigo trabajan 8 o diez. No trabajo con todos. Vienen los que por alguna cuestión se sienten convocados para la actividad. Y deciden, y eligen trabajar en musicoterapia.

### **Caso MT2**

**¿Bueno, querés que empecemos?**

Sí, cuando quieras

**Bueno, lo primero que te voy a preguntar son cosas más biográficas: ¿de dónde sos? ¿cuántos años tenés? y ¿dónde estudiaste?**

Bueno, yo soy de acá de Buenos Aires, de Capital, tengo 36 y estudié en la UAI.

**Okey...**

Estudié con el plan de estudios anterior.

**OK... ¿el plan de estudios anterior se modifica después de la ley? ¿O cómo fue?**

¿De qué ley? ¿De la ejercicio de la musicoterapia?

**No, de la ley de salud mental**

Nono, el plan de estudios se modificó por solicitud de la CONEAU y varían muchas cosas: algunas asignaturas, los contenidos, los años en los que se brindaban, y entre otras cosas, lo que sucede en el cambio del plan de estudios es que se quita el título de musicoterapeuta y directamente la carrera concluye con el título de Licenciado o Licenciada en Musicoterapia. El plan de estudio anterior eran cinco años, no cuatro; cuando finalizabas el cuarto año tenías el título de musicoterapeuta y el quinto era la instancia de

licenciatura, 6 asignaturas más la tesis. El título de musicoterapeuta y el de licenciado en musicoterapia tienen la misma validez porque la ley no es retroactiva... Entonces, cuando sucede que se sanciona la ley de ejercicio profesional de la musicoterapia, ya éramos muchos los musicoterapeutas recibidos.

### **Claro**

Y es un título de grado, no es de pregrado. Entonces, tiene, a nivel de ejercicio profesional, tiene la misma validez quienes nos recibimos antes de que se sancionara la ley de ejercicio profesional de la musicoterapia. Pero bueno, después cambió el plan de estudio.

**Claro, y ahora todos los que nos recibimos sí tenemos que ser licenciados.**

Claro

**Ok... ¿Estudiaste algo más, te especializaste en algo?**

Yo estude psicología social, después, muchos años después de recibirme de musicoterapeuta... y ahora estoy terminando (como de estudio formal) estoy terminando un posgrado que estoy haciendo a partir de que me lo sugieren desde la institución y a raíz de que hace dos años abrimos el dispositivo residencial como parte del programa institución, estoy haciendo un posgrado en "Políticas, planificación, gestión y administración de servicios e instituciones de salud mental."

**Guau, qué piola**

Es un posgrado en servicios de salud, específicamente apuntado a servicios de salud mental. Lo estoy terminando ahora en diciembre si todo sale bien y me aprueban el trabajo final.

**Claro... Qué piola!**

(risas) Estoy en eso también.

**¿Y la institución es tu actual lugar de trabajo?**

Si

**Que es... ¿Psiquis?**

Psiquis Mariazell, sí. Yo trabajo para el centro ambulatorio, donde funciona el hospital de día, donde ustedes hicieron las prácticas, en consultorios externos y coordino el dispositivo residencial: la casa protegido.

Soy parte del equipo de coordinación. El director y yo somos el equipo de coordinación del dispositivo residencial.

**Ok, buenísimo... ¿Cómo comenzaste a trabajar en salud mental? ¿En el ámbito de salud mental?**

Cuando yo recién me recibí empecé trabajando en una escuela especial, con niños, a raíz de que se había publicado un aviso en el diario. Estamos hablando igual hace muchos años, las dinámicas eran otras. Yo me recibí en diciembre de 2005. Se publicaban avisos en el diario y había una solicitud para cubrir una licencia; la musicoterapeuta titular de ese cargo se tomaba dos años de licencia porque estaba haciendo un doctorado y había que cubrir una licencia por dos años. La musicoterapeuta iba a volver. Y yo no tenía ninguna experiencia, me acababa de recibir en diciembre y este cargo se abría para marzo, cuando empezaba el ciclo lectivo. Y bueno, me acuerdo que fui a la entrevista y la directora de la escuela me dijo: "mirá, vos no tenés experiencia pero nosotros necesitamos a alguien que sepa que en dos años se tiene que ir. Entonces, como la experiencia no se compra ni se vende en ninguna parte, en algún lado la vas a tener que hacer; nos sirve..." A mí me servía para empezar y a ellos les servía porque era un tiempo determinado... Así que bueno, ese fue mi primer trabajo como musicoterapeuta, pero en otro área, que no es el que yo me dedico actualmente y en la que, digamos, me fui especializando a partir de la práctica y a partir de continuar con otro tipo de estudios formales. Así arranqué. Y bueno, después de ahí empezás a conocer gente y "necesitan

musicoterapeutas en tal lado y en tal otro”, y te recomiendan o te pasan un contacto, y así.

### **¿Y el primer espacio, si se quiere, en la psiquiatría, dónde fue?**

Fue en una clínica que se llamaba “Clínica Santa Clara”, ya hace algunos años que cerró... una clínica con internación, tenían también un centro ambulatorio, pero yo trabajaba en internación. Estuve ahí varios años trabajando... una institución muy siniestra, con muchas lógicas asilares bien marcadas. Mi primer experiencia con esta población fue en esa clínica: bien, bien, bien manicomio era... Y es el día de hoy que yo tengo escenas muy claras de cosas que allí pasaban... interesantes para pensarlas sobre todo.

Estuve varios años trabajando ahí, en simultáneo empecé a trabajar en Psiquis, y después la institución esa ya venía con una perspectiva tremenda, de un montón de cosas que venían sucediendo mal (entre otras nos dejaron de pagar a los profesionales) y bueno, yo después renuncié y al tiempo la clínica presentó la quiebra y cerró. Y yo ya estaba trabajando en Psiquis, empecé trabajando en el centro ambulatorio en San Martín, y en la internación en Munro, que tiene la sede de internación en Munro. Empecé a trabajar en las dos sedes en simultáneo, laburé bastantes años en la sede de internación también (como unos cinco) y después por cuestiones del equipo, y de la coordinación, y cuestiones institucionales renuncié a la sede de internación y me quedé trabajando solo en el centro ambulatorio para la empresa.

### **Claro...**

Me quede en una de las sedes y desde ese entonces, continuo.

**Vos dijiste que empezaste a trabajar apenas te recibiste, ¿qué marco teórico tenías sobre la salud mental? ¿Con qué, desde donde, teorizabas al ámbito de la salud mental?**

Cuando yo me recibí, que fue en el año 2005, todavía no se había sancionado la Ley de Salud Mental, se sancionó en el 2010. La referencia

era, en ese entonces, la ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires. Si bien no se aplicaba en la provincia, si era una referencia en cuanto a encuadre legal... Pero la realidad es que, pensándolo en perspectiva, el conocimiento que yo tenía era el conocimiento que me había brindado la universidad, en la formación, no tenía otro modelo, otro sustento, otro acompañamiento desde lo conceptual. Pero para mí fue bastante evidente eso cuando se sancionó la Ley de Salud Mental, la 26657, porque allí nos involucraba ya como profesionales de la salud mental, con otras responsabilidades con otros deberes y que no lo había aprendido en la universidad. Porque esa ley no existía cuando yo me estaba formando. Yo tuve toda una instancia de formación que hacer ya por fuera de la universidad, que si lo pude hacer al interior de la institución.

**Yo no tengo el mismo plan de estudios que vos tuviste, ¿qué materias tenías que teorizaban sobre el ámbito de la salud mental?**

La misma asignatura que nosotras hicimos juntas, Musicoterapia en Adultos, se llamaba de otra manera, pero era la misma asignatura, era esa misma.

**Aaa, ¿solo esa? ¿Psicopatología no?**

Nono, la que da Tonna, se llamaba Psicopatología y Salud Mental creo... ¡No! Psicopatología y Psiquiatría se llamaba, la daba un psiquiatra. Sí. También teníamos esa asignatura, pero era muy específica de la cuestión, bien psiquiátrica: los diagnósticos del DSM IV, bien apuntado ahí.

**Claro, claro, el cuadro sintomático y el diagnóstico.**

Claro, me acuerdo que el final era: “bueno, ¿cuáles son los síntomas que dice el DSM IV para poder diagnosticar una depresión mayor?”.

**Uuuh**

Y ahí tenías que decirlo de memoria.

**Guau**

Sí... (*risas*) Pero bueno, mi encuadre conceptual era el que me había brindado la universidad.

**Claro...**

Que como te digo, como fue antes de que se sancione la ley, era una cuestión... y por eso yo también en la cátedra me pongo tan insistente con lo de la ley viste, porque hace mucho a la práctica si trabajas en el área de salud mental... Si desarrollas la práctica profesional en el área de salud mental el encuadre legal mide todas las responsabilidades y obligaciones que tenemos como profesionales de la salud, nos ponen en el mismo lugar que otros profesionales de la salud mental que hasta ese entonces sólo tenían el poder de tomar decisiones como los psiquiatras.

**Claro sí sí sí y que incluso nos abren un poco a una nueva mirada sobre otras leyes, no sé, pienso sobre la de los derechos de los pacientes o incluso nuestra ley de ejercicio profesional; abris otra mirada cuando tenés otras incumbencias, otras responsabilidades... Es súper interesante**

¡Si! Porque, aparte, cuando se sanciona la ley salud mental se reforma el código civil...

**¡Claro!**

Entonces eso también viene acompañado con el código civil, la ley de los derechos del paciente.

**Sí sí**

Hay un montón de cuestiones que se van reformando y que necesariamente impactan a nuestra práctica profesional. Por ejemplo lo del consentimiento

informado: la ley dice que hay que hacer las cosas de determinada manera y lo sustentan en un posicionamiento clínico y ético.

**Sí, o sea, implica que todos los profesionales empiecen a repensar en sus prácticas...**

Exacto. Entonces como esas cosas que sucedieron posterior a mi formación universitaria, yo las pude ir adquiriendo en el transcurso de mi práctica dentro de la institución. Para mí fue bastante paradigmático una escena en relación a esto: ¿te acordás de J. del hospital de día? uno de los pacientes, canoso... bueno una vez yo estaba en el hospital de día como cualquier tarde, viste que se queda la enfermera el profesional que está ahí los pacientes... y J. empieza a referir todo una cosa, estaba muy alucinado y él sentía que las víboras le subían por el cuerpo y todo una cosa así. Y viste a J. vive solo, se iba solo a la casa, y me había despertado ciertas alarmas lo que él me estaba comentando en relación a que terminaba el horario de hospital de día, se iba solo y él estaba muy tomado por las alucinaciones. Entonces agarró y llamó el director y le digo: “Jorge mira que J. está así y no sé...” me dice “a ver” y me empieza a preguntar unas cosas. Yo le empiezo a responder y él me dice: “No, no, no: mándalo evaluar en la guardia de Munro” (donde está la guardia de 24 horas) “Bueno, necesito que vengas a firmarme la orden” y me dice: “No, está sancionada la ley de salud mental: la pedís vos con tu firma y con tu sello”. Bueno... pero entendés que hasta ahí todos conocíamos la ley, pero yo ahí como musicoterapeuta tenía (que ahora ya lo hago y ya pasaron un montón de años y lo tengo re incorporado) pero ahí fue: bueno si tu criterio es que J. no tiene, no está en condiciones de volver solo la casa porque vos observas que hay cuestiones en su psicopatología que te están despertando una alarma, vos agarras un recetario de la clínica (que nosotros tenemos un recetario con el membrete de la clínica), describís toda tu observación y pones que se sugiere una evaluación por guardia por equipo interdisciplinario; la firmas, lo sellas, lo subís a J. en un remis y lo mandas a la guardia con el papel en la mano. Y esa fue la primera vez que yo me re acuerdo (porque digamos que ahí yo tuve que tomar esa responsabilidad) como profesional de decidir qué hacer con la situación de un paciente que yo consideraba que tenía riesgo

inminente para sí. Porque él estaba tan tomado para las alucinaciones que yo no sabía qué conducta podía llegar a tomar él si se iba solo...

Bueno finalmente J. se internó, hacía dos meses que no estaba tomando la medicación (después nos contó que le había dejado de tomar) etcétera... Y bueno, estuvo bien hecha la maniobra de la derivación, pero la tuve que hacer yo con el acompañamiento del director. A mí esa formación, ese sustento, me lo fue dando lo institucional.

**Y antes de la sanción de la ley la modalidad de trabajo era... bueno igual pasaste por varias instituciones pero: ¿cómo era la modalidad de trabajo antes de la sanción de la ley en los diferentes trabajos? o en uno solo si querés...**

Sí, mira... yo en Psiquis empecé a trabajar en 2009, un año antes de la sanción de la ley, así que tengo esa experiencia con la ley en el medio. Sin embargo, la institución siempre apuntó a alguna cuestión mucho más digamos comunitaria como perfil institucional general y de laburo en equipo como lo particular.

Pero es cierto que las admisiones, las derivaciones y todo eso siempre las hacía el psiquiatra y ¿sabes qué mucho? los informes, cuando nos piden informes las obras sociales, los juzgados, viste todo eso, en ese entonces con la firma de los psiquiatras era suficiente y después bueno, la ley decía que tenía que ser una evaluación interdisciplinaria. Al principio era como bueno lo escribía el psiquiatra y lo firmábamos todos... ¡pero eso no era una evaluación interdisciplinaria ponerle la firma y el sello! (*Risas*) Y de eso se fue paulatina y progresivamente logrando que realmente sean informes escritos entre todos, que se escuchen las voces de todas las áreas. No solo que estén firmados por todos sino que estén llevados adelante y creados los informes por todos. Las admisiones y las derivaciones después las empezamos a hacer entre todos.

**Claro pero para eso durante o después de la sanción de la ley que tener instancias de mucha charla o de consenso, ¿no?**

¡Mucho encuentro! Mucho encuentro, mucho espacio de que (también por eso te digo yo te puedo contar mi experiencia en una institución porque no tengo otra experiencia para compartir) pero en esta institución esta experiencia fue como de mucho intercambio y de mucho proceso en el cual el director, que es psiquiatra, y que es el que venía haciendo todo esto nos tuvo que formar a nosotros en cómo se hace también... Porque la ley dice que lo tenemos que hacer entre todos, buenísimo, pero yo en la facultad no aprendí cómo se hace. Entonces hubo mucho de que él nos tuvo que ir... Y no que en estas cosas, como no hay una forma, no hay una receta que alguien te diga esto es así, sino que como el espacio digamos de formación desde lo institucional es como de la formación en una lógica de trabajo, en un encuadre, en una forma de llevar adelante un programa y dentro de eso bueno uno va haciendo....

**Claro...**

...pero con mucho, mucho, de hacerlo con él, viste. “Bueno viene el paciente para una admisión, ¿venís, F.? vamos a hacerlo juntos”. Entonces yo quizá no hacía nada más que estar ahí escuchando, pero a la quinta vez que ya lo estaba haciendo bueno, yo ya empecé a preguntar algunas cosas. Entonces de esa manera fuimos el resto del equipo involucrándonos en estos procesos en los que antes no estamos involucrados, haciéndolo con las personas que ya lo venían haciendo.

**Claro, claro, claro... o sea no hubo esa cuestión de resistencia por parte de los que siempre lo hacían (que son los psiquiatras)... fue mucho más cooperativo...**

Sí...

**Okay...**

Sí y de apertura, y de poder transmitirte cómo ellos hasta acá lo venían haciendo de esta manera... y que también con la inclusión de otros

integrantes del equipo obviamente que se fueron sumando cosas que todos aportamos pero con mucha apertura.

Por eso te digo yo te puedo contar una experiencia que es esta.

**Sí, sí, es lo que busco: recopilar experiencias, y ahí bueno... ver...**

**(risas) y ¿Qué pasó con los pacientes después de la sanción de la ley?**

Con los pacientes lo que pasó, lo más interesante de lo que pasó en esta institución, fue entre otras cosas de las que dice la ley dice que esto tiene que llegar “a todos los efectores de salud mental públicos y privados de todo el territorio nacional”, entonces el Ministerio de Salud, cuando la ley estaba reglamentada (ya en el 2013 cuando se reglamenta la ley y se sanciona el decreto reglamentario) envían a la institución un paquete así gigante (la entrevistada hace una seña de una caja grande) con el libro escrito de la ley y su decreto reglamentario... 25 copias ponele, un montón porque le enviaron a todas las instituciones de salud mental públicas y privadas de todo el país... Y lo más interesante de todo lo que pasó fue que se la repartimos entre los pacientes (una parte, nos quedamos los profesionales algunas copias) y otra se las repartimos a ellos, porque ellos son los principales interesados en saber cuál es la práctica que se tiene que llevar adelante, o de qué manera se tiene que llevar adelante un tratamiento en salud mental para ajustarse a derecho. Entonces lo más interesante de lo que paso para nosotros fue involucrarlos a ellos.

**¿Y ellos hicieron preguntas?**

Sí, después se laburó y se laburan en un montón, viste... Cuando el hospital de día funcionaba de forma presencial había un taller de radio y como no podíamos transmitir en vivo por cuestiones técnicas (varias) qué necesitas y no teníamos ninguna, funciona a modo de podcast... Entonces una vez por semana se grababa un podcast y se publicaba. Entonces para ese podcast se elegía una temática, se laburaba en la semana, todo el proceso de pre grabación del podcast... Y muchos temas que iban surgiendo en ese taller tenían que ver con esto: con la mirada social sobre la salud mental, cuestiones de esas de las cosas cotidianas que a ellos les van pasando en el

transcurso del desarrollo de su vida, ya sea al interior de la institución o por fuera. Cuando ellos se sube en el colectivo y les muestran el pase de discapacidad, y que quizá cómo es una persona que tenga una silla de ruedas o algo de la discapacidad que se observe, muchas cuestiones ahí con el otro, que ellos siempre traen estas cosas a laburar al interior del grupo.

**¿Y con los grupos familiares cómo fue un poco la comunicación de esta nueva ley?**

Y de la misma manera, viste. Desde la institución, en el hospital de día hay una asamblea multifamiliar una vez por semana en la cual se convoca a todos los familiares que quieran participar (no es obligatoria). De la misma manera se les acercó a las familias el texto de la ley y se brindó siempre el espacio de asamblea multifamiliar para laburarlo. Yo en esas asambleas no participaba, pero sé que lo laburaron en la asamblea multifamiliar esto también.

**Okay... ¿y la institución sufrió algún cambio después de la ley hubo que modificar dispositivos o algún tipo de cuestión?**

Si algunas cuestiones no estructurales, porque como te digo: la clínica ya venía laburando en un lineamiento institucional; no hubo grandes cambios estructurales porque había muchas cosas que la institución ya las venía haciendo de esa manera, muchas.

Incluso uno de los dueños (ellos son tres dueños) uno de los dueños que para él no hay nada mejor que Psiquis en el mundo (*risas*), él siempre dice que la ley la escribieron para Psiquis (*risas*)

**Para avalar a Psiquis (*risas*)**

Claro (*risas*), para avalar lo que nosotros ya desde la práctica veníamos haciendo, sosteniendo. Entonces grandes cambios estructurales no hubo. Sí algunas cuestiones de lo cotidiano sí, pero no grandes cambios estructurales. La institución venía ya venía trabajando con un lineamiento claro, incluso

los dispositivos residenciales (las casas protegidas y todo eso), cuando se sancionó la ley Psiquis ya tenía 5 casas.

**Ah, claro, venían avanzados en ese sentido...**

Ya la institución venía en un proceso... Psiquis tiene 35 años viste, entonces ya venía en un proceso de laburo previo. En este mismo lineamiento entonces grandes cambios estructurales no hubo: ya existían las casas, ya existían los hospitales de día... No es que tenían sólo la internación con toda una lógica manicomial y que hubo que empezar a dar altas y armar hospital de día y armar esto armar, lo otro... porque ya estaba todo armado.

**Claro, la ley los encontró sumamente armados y capacitados... Tremendo...**

Sí, tal cual... ¡sí, tremendo! Si, por eso, cuando el dueño dice esto (y que muchos de afuera dicen que pasa, que se cree)... Pero por otro lado también es cierto que ellos ya tenían todo armado, y lo tenían armado desde hacía muchos años, viste... No es que lo armaron dos meses antes porque ya conocían lo que decía la ley. ya tenían armado desde hacía años esto.

**Claro, claro...**

Pero bueno tiene que ver también con un montón de otros intereses que ellos tenían, sobre todo, bueno, el interés clínico asistencial. Los tres dueños son psiquiatras y se formaron en Lanús, con Goldemberg en los 70... (hace un silencio, abre bien los ojos y asiente)... o sea: viene desde ahí toda esta cuestión. Y por otro lado también porque la lógica empresarial a ellos les fue indicando que era mucho más barato para la empresa que los pacientes pudieran estar por fuera de la internación. Es muy cara la internación, es muy caro que un paciente esté internado: muy caro por el personal, la medicación, la comida, todo el recurso humano que se necesita... pero bueno la lógica empezó indicar que a nivel empresarial también les servía y eso fue al punto de decisión. Si desde lo teórico nosotros ya sabemos desde hace 50 años que esto es lo que hay que hacer (porque yo lo hicieron en Trieste, en Canadá) y esto dio resultado en todo el mundo entonces acá

también tiene que dar resultado... Y a nosotros como empresa nos sale más barato claro y por eso ellos ya lo estaban haciendo.

### **Claro, se ganaba por todos lados...**

Claro

### **Incluso va en contra de todos los detractores de la ley; o sea, no es más plata es simplemente una redistribución.**

Es redistribuir el recurso; no es más, incluso es menos. O sea yo ahora que estoy participando del equipo de coordinación de reuniones (tengo reuniones con ellos una vez por mes en las que les tengo que presentar un informe de gestión) y me empiezo a entrar de otras cosas...

Viste que tienen que ver con la lógica de la empresa: hasta que no estás por ahí más en esos espacios, bueno... Yo qué sé, mientras te paguen lo que te dicen que te van a pagar todos los meses y a los pacientes no le falte nada, no te metes en esa, pero realmente es más barato y de verdad es redistribuir el recurso no es más recurso con el que ya hay es suficiente y se redistribuye.

### **Y en vistas de lo actual y del futuro ¿creés que hay cosas que falta modificar?**

Sí, muchas. Yo creo que sí, porque a nivel general a mí me parece que hay un montón de gente que sostiene posiciones encontradas en relación a la ley por diferentes intereses, sobretodo intereses económicos (no la mayoría).

A mí me parece que falta mucho en relación a poder llegar a acuerdos, también entre todos los sectores involucrados porque los que tenemos una experiencia recorrida ya de laburar ajustándonos a derecho sabemos que el recurso se redistribuye y no es más; sabemos los resultados que esto tiene en cada uno de los usuarios de los servicios, en sus familias, en la comunidad, los equipos de salud, digamos... Los que venimos haciendo una experiencia hace años sabemos cómo da resultado esto, sabemos que es por ahí por la experiencia empírica, ¿entendés? Tenemos la evidencia empírica y sabemos

de todo lo que fue sucediendo en otros países del mundo y también sabemos que que no existan más las internaciones no es la solución.

O por lo menos este es mi posición: las instituciones de internación yo creo que... a eso me refiero con llegar a acuerdos: no es cerrar el manicomio, eso no soluciona nada porque donde para mí la cuestión está específicamente en la lógica de las prácticas que se llevan adelante.

La lógica asilar se puede llevar adelante en un dispositivo a puertas abiertas sin ninguna duda y también en un dispositivo a puertas cerradas se puede llevar una lógica comunitaria desde la práctica también.

### **Sí... (Asiento con la cabeza)**

Entonces... No se puede negar lo grave de un padecimiento en salud mental, entendiendo que, entonces como la persona puede estar en su comunidad lo abordamos... Porque el padecimiento mental existe, porque es muy grave y porque puede tener consecuencias muy graves también.

Entonces creo que lo que falta es no negar la enfermedad mental y sí brindar los dispositivos necesarios para poder asistir a esa persona durante el proceso de su enfermedad y a cada momento según lo que necesite.

Y en algunos momentos quizás alguna persona necesita una internación y está bien que se le pueda brindar bajo lo que dice la ley: que sea breve, que sea específicamente apuntada resolver la situación de urgencia, que es solo mientras la persona tenga riesgo cierto e inminente (no es un riesgo potencial de: “ah bueno porque quizás”... En el quizás vamos a esperar a ver qué pasa).

Pero si existe el riesgo cierto e inminente es un dispositivo que esa persona necesita para cuidar de su salud y eventualmente la de los demás, y también eso apunta a lo comunitario, ¿no? Por eso, para mí, falta un montón en relación a poder concebir a la salud mental sin negarla y en función de eso brindarle todas las posibilidades a las personas pueden llegar a necesitar.

Que los dispositivos existen para que la persona los utilice si es que así lo requiere ese momento de su vida y el transcurso de su enfermedad.

Esta es un poco mi posición... ¿Viste cuando fuimos el año pasado a Rosario, que el lineamiento que sostenía las jornadas era “¿qué es lo que hay

que abrir para cerrar?”? Bueno, cerrar los manicomios no es suficiente... no es suficiente: hay que abrir un montón de cosas y hay que abrir la posibilidad de que si una persona necesita una internación tenga donde internarse. Si es en un hospital general buenísimo, pero que exista la cama disponible y el personal especializado para atenderlos.

Porque si una persona tiene, no sé, una apendicitis necesita de un cirujano; y si una persona tiene un derrame cerebrovascular necesita de un cirujano que sepa operar cerebros no de un cirujano que se opere apéndices.

**Claro...**

¿Entendés? Entonces la persona va a ir al mismo hospital general. En este caso es lo mismo: si una persona necesita alguna atención muy, muy, muy intensiva en un momento de su vida, requiere del dispositivo de salud necesario y del personal especializado para atenderlo. Eso creo que es lo que hay en esto de “¿qué hay que abrir para cerrar?”: si no se abre todo eso no se puede cerrar el manicomio. Porque las personas necesitan, o van a necesitar en algún momento, una atención muy especializada. Entonces tienen que existir los dispositivos y los servicios para poder darles a esas personas la atención en salud que necesitan...

**Claro, sin que eso represente una reproducción de, y sufrir, toda una lógica manicomial.**

Por eso, por eso. Tiene que ver con la lógica de las prácticas. Nosotros ahora en la casona, desde que empezó la cuarentena, la puerta de la casona se cerró y lo que menos nos imaginábamos en un dispositivo residencial comunitario es que alguna vez la puerta iba a estar cerrada... Si lo primero que se dice cuando hablas de de un dispositivo residencial es qué es un dispositivo de puertas abiertas... Y en este momento no lo es, y sin embargo, contra la fuerza que va hacia allí, tiene que ver con esto con la lógica de las prácticas que se puede llevar adelante.

Ahora hay una situación externa que hace que esto tenga que ser esta manera, pero la puerta no está cerrada porque para ellos o para la comunidad sea un riesgo que estas personas estén de la puerta para afuera: la puerta está

cerrada por una situación epidemiológica; toda esta cuestión se corre del foco y es con la puerta cerrada qué hacemos; de la puerta para adentro como el resto de las personas del planeta que tuvieron que seguir con su vida de la puerta para adentro y desde allí se sostiene. Entonces continúan con actividades virtuales, compramos una parrilla que prenden todos los fines de semana... digo: de todo lo que sí pueden, lo que se puede sostener aún con la puerta cerrada, igual que estás haciendo vos y que estoy haciendo yo, y que estamos haciendo todos.

Por eso la reproducción de las lógicas asilares no tiene que ver con una institución que sea de internación, o sea un hospital de día, o sea una casa de medio camino: tiene que ver específicamente con la práctica que se lleve adelante en la atención de esa persona... Para mí, ¿no?

**¿Y específicamente para la musicoterapia crees que queda algo pendiente en este ámbito de salud mental?**

Yo qué sé, sí yo creo que como disciplina en el desarrollo faltan un montón de cosas pero que faltan porque aún no sucedió el tiempo suficiente para que sucedan. Y me parece que sí tiene que ver mucho (y eso es pura y exclusivamente responsabilidad de nosotros como musicoterapeutas) hacernos el lugar y hacernos el lugar desde la especificidad de la disciplina. Eso, con la responsabilidad que eso conlleva: hacerse cargo de esa responsabilidad y esa toma de decisiones, para poder ir haciendo lugar entre otras áreas de la salud mental que ya tienen otros lugares establecidos.

Pero creo que es tiempo, y tiempo bien invertido en el sentido de: bueno... ¿en dónde vas a poner la energía si hay un congreso en el que sólo participan psiquiatras? Bueno por ahí uno tiene ganas de ir a participar también. ¿Y por qué no? Cuestiones de esas que me parecen que sí, pero son bien específicas de nuestro rol y nuestra responsabilidad.

**Y la última y ya te dejo tranquila: ¿qué me podés recomendar para leer?**

Bueno... en relación a todo esto... obviamente la Ley de Salud Mental con su decreto reglamentario, está más que claro; la Ley de los Derechos del Paciente; también la reforma del Código Civil y Comercial de la Nación a

mí me parece que tiene igual importancia al texto de la ley; en ese sentido así que eso también te recomiendo, para ampliar esta mirada, que puedas ver el Código Civil...

### **Genial...**

Y después específicamente de bibliografía... Por fuera de lo que ya vimos en la cátedra, ¿no?, porque si no te voy a recomendar lo mismo... Pero hay otra experiencia interesante, que se hizo en Canadá, y que está descripta en un libro que se llama: "Tratar la Psicosis" de Willy Apollon. Es una experiencia que se hizo en Canadá, en el año 82... (*ante mi cara de sorpresa, la entrevistada sigue*) Sí. o sea... (*risas*) Esta gente ya lo hizo, y ya escribió un libro para contar cómo se hace en el 82. Este es interesante porque es específicamente una experiencia puntual en un centro comunitario que abrieron para eso, para hacer una experiencia comunitaria en salud mental. Así que eso te lo recomiendo está buen...

¿Y qué más? Bueno, por ahora se me ocurre eso porque todo lo que se me ocurre es lo que ya laburamos en la asignatura, todo el resto...

### **Sí, que es un montón**

Y bueno, lo del Código Civil que para mí es re importante, porque cambia la figura de la insanía (que antes existía y ahora no existe más) y todo eso también tiene que ver con un posicionamiento clínico y una mirada comunitaria. Y sobre todo una mirada de los procesos de salud y enfermedad, y lo que se puede pensar como no estanco, que si a una persona en un momento de su vida le pasa una determinada cuestión esto va a ser así para siempre.

Y también lo que está bueno, por ahí, son las convenciones internacionales: la Convención Internacional de Derechos Humanos, y de los Derechos de las Personas con Discapacidad... Porque todas las leyes nacionales se basan en las convenciones internacionales de Derechos Humanos a las que Argentina adhiere como país, con lo cual toman categoría de supra constitucional.

**¡Muchas gracias!**

Guadi, para lo que necesites me escribís.

**Dale, te escribo, ¡gracias!**

**Caso MT3**

No tuve tiempo de leer lo que me mandaste.

**No pasa nada (risas), es la presentación de mi trabajo y el consentimiento informado porque les tengo que grabar.**

Contame un poco de qué es tu tesis.

**Mi tesis es sobre la ley de salud mental; quiero indagar en los procesos de les musicoterapeutas en el antes, el durante y post sanción de la ley. Y como es una ley nacional, quise salir de Capital y Buenos Aires (risas).**

Bueno... Porque en realidad en Mendoza prácticamente no se estaba trabajando en el ámbito de la salud mental

**Okay... ¿Por qué?**

¿Por qué? por un problema de supervivencia, porque éramos muy poquititos seguimos siendo muy pocos, no poquitito pero pocos. No teníamos acceso a las instituciones donde, digamos las monovalentes, ¿no?

**Sí...**

Donde estaban los pacientes de salud mental. Es decir: en la provincia hay, en la ciudad de Mendoza hay un hospital monovalente que es el Carlos Pereyra. En el cual hay *talleres (hace énfasis en esa palabra)*, desde hace tiempo hay talleres de música, plástica, etc., donde los musicoterapeutas nunca tuvimos acceso. Ni siquiera ahora que bueno, estoy pidiendo poder armar las prácticas profesionales supervisadas. Incluso hubo un grupo de alumnas voluntarias de primer y segundo año en el '18 y '19 (sic), bueno el año pasado no, pero en el 2018 y 2019 (*hay interferencia*)... Ese trabajo en salud mental lo hacen talleristas, porque no había musicoterapeutas. Durante

mucho tiempo yo fui la única, después fuimos dos, después yo me fui diez años a España, después fueron otras y una que fue Eugenia, que se fueron a la provincia.

Entonces por eso es que yo te digo que, por un problema de supervivencia, no hemos estado en el ámbito de la salud mental específicamente. Actualmente hay un alumno avanzado de la carrera, que está en “El Sauce”, que es el otro monovalente, que está haciendo un taller de música. Allí el contacto que tuvimos fue porque justamente una de las musicoterapeutas que se vino de Buenos Aires a vivir a Mendoza, que es Brenda Nuñez, entró como por un tubo al Sauce. Estuvo haciendo musicoterapia... pero no era un cargo oficial. Entonces le pagaban muy poco, los chicos empezaron a hacer observaciones de lo que ella estaba haciendo... pero ella terminó dejando su cargo porque no le daba para comer, entonces está trabajando en dos instituciones para personas con discapacidad.

Un poco la realidad de lo que es en el país. Y el otro monovalente que hay en la provincia, que es el Schestakow... Es decir, no es monovalente, polivalente pero tiene un servicio muy grande de salud mental... tampoco las colegas que están en San Rafael tienen acceso al servicio... No hay manera, viste. Hay tres colegas en San Rafael. Y bueno sí, han llegado pacientes al consultorio viste, pero no gente que estuviera medicada, no adicciones... por lo menos a mí no han llegado ese tipo de problemáticas. Jóvenes adultos con necesidades... ¿qué me está mirando ahí? (risas)

**Entraron justo para hablarme, perdón (risas).**

Eh, te decía, entraron jóvenes adultos con ganas de hacer un proceso personal, pero no en salud mental específicamente.

**Okey...**

No sé si te ayuda todo esto que te estoy diciendo...

**Si sí, me ayuda, porque... bueno también es un poco esa la idea del trabajo. Salir un poco de Buenos Aires y al ser una ley de carácter nacional, no me puedo concentrar sólo en Buenos Aires Capital y provincia, se supone que se tiene que aplicar en todas las provincias, y escuchar esto ya es... es un tema (risas). Porque... la ley no nos**

**menciona explícitamente pero después con nuestra ley de ejercicio sí entramos en el ámbito de la salud mental... ¡La ley de ejercicio es nacional!**

Claro... entramos sí nos abren las puertas viste... ¡o si tiramos abajo la puerta! Otros servicios de salud mental en el que estuvieron haciendo observaciones nuestros alumnos, que ahora ya están en la primer cohorte, es en el Hospital del Carrmen, que es un hospital de la obra social provincial, de la OSEP. Estuvieron haciendo observaciones allí pero por qué: porque el jefe del servicio es un psiquiatra, Rodríguez, y es el padre de una de las alumnas de la primer cohorte.

**Ah claro.**

Entonces con él hemos tenido muy buena relación, muy buena disposición y demás, pero no hemos hecho musicoterapia. Queremos entrar al hospital a hacer musicoterapia y no hay manera, no hay cómo. O sea, no hay creación de cargos hospitalarios, pretenden que seamos voluntarios obviamente, que trabajemos gratis... Está complicada la cosa, yo creo que hasta que no empecemos ahora con las prácticas profesionales supervisadas donde sí o sí las instituciones van a tener que decir “bueno acá aceptamos que hagan las prácticas” y vamos a tener a los profesores de las materias que van a acompañar a les alumnos a cada sitio... Hasta que no pase eso, no se van a abrir servicios. Encima teníamos, nos quedó pendiente una entrevista con la ministra de salud de la provincia, que la íbamos a tener en marzo del 2020, justo vino la pandemia y bueno, se fue todo a la mierda. Y si la escuchas hablar a la ministra de salud de Mendoza, decís: ¿está señora dónde está? ¿Pertenece al equipo de Larreta o pertenece a dónde? Es terrible. No tengo mucha esperanza de que se cree por lo menos un cargo de musicoterapeuta a nivel provincial, por ahora...

**¿Y la asociación de musicoterapeutas de cuyo? ¿AMuNCuy?  
¿Eso les ayudaría?**

Formamos la asociación, pero todavía no nos sale la personería jurídica, y bueno, tampoco tenemos ley provincial. Está cajoneada, ya es la segunda vez que queda cajoneada en senadores. Es el segundo proyecto que queda cajoneado en senadores y no logramos que alguien nos diga: “a ver: es por

tal y tal cosa...” Te imaginas, la segunda vez que va con media sanción. Se acaba el período legislativo y chau... hay que volver a empezar otra vez de cero. Por eso me da risa cuando, por ahí, alguien comenta en Facebook: “¿y bueno no pueden ver a algún legislador?” (tono de burla/sorna). No, sabés que nos quedamos rascando los higos en la Plaza Independencia. O sea, es tan fácil hablar desde otro lado, desde no conocer las realidades de cada lugar. Pero bueno, aquí estamos, seguimos peleando. Yo sigo, todavía tengo fuerza...

**Lo que se me ocurría recién es: si por lo menos dieran una razón, no sé “está mal escrito o propuesto”, por ejemplo... Pero hay leyes nacionales, acuerdos internacionales que los respaldan a ustedes.**

¡Lo único que pedimos es la adhesión a la ley nacional! Ni siquiera queremos una ley provincial. Entonces bueno... pareciera que la discusión está en que hay legisladores que quieren la ley provincial y no adherir a la nacional... Bueno, no sé. Son cosas raras. Pero no es la única provincia que tiene esa dificultad, son varias. Lo lógico sería que ya todas las provincias del país tuvieran su ley provincial. ¡Mendoza tampoco adhiere a la Ley Nacional de Discapacidad! Entonces la obra social provincial no acepta musicoterapia como terapia de apoyo. Y decís... pero, ¿le están diciendo que no a una ley nacional? Sí, le están diciendo que no a una ley nacional. Y cada tanto tienen las manifestaciones de padres con los chicos en sillas de ruedas, todo un show ahí enfrente a la legislatura y bueno... siguen sin adherir.

**¿Pero eso no conlleva problemas judiciales para la provincia o algo? Es el incumplimiento de una ley...**

Eh....

**Parece que no**

No... porque el país es federal... por si no te habías enterado (risas). Vivimos en un país federal, y si de pronto, en Mendoza se declara la pena de muerte, y bueno: serán los mendocinos que mandan a matar a sus presos. Y es federal. Y de eso...

**Qué terrible**

¿Viste?

**Me alegra haber decidido salir de Capital Federal (carcajadas)  
Porque no lo puedo creer.**

Sí, es así. Después puede haber recursos de amparo, pero por ejemplo, lo concreto: la obra social provincial, que es OSEP, en algún momento antes de irme yo a España, sí tenía la aceptación de musicoterapia dentro de sus tratamientos. Antes de la Ley Nacional de Discapacidad, viste el nomenclador nacional y toda la historia, te estoy hablando del '98, '99. Yo me fui en el 2001. Como me fui, eso se acabó. Y bueno, hubo que empezar toda la pelea de cero. Las colegas que estaban, en su momento no lo siguieron eso, y quedó así por usos y desusos. Actualmente, les dan un subsidio a los afiliados, por un tiempo. Yo me acuerdo que tenía un chiquito con síndrome de Down, y los papás cobraban eso y venían ellos a musicoterapia y venía toda la familia, porque yo hacía grupo familiar, y bueno, duró seis meses. Porque el subsidio les alcanzó para seis meses de tratamiento y nada más. Después terminaron yendo a otra institución donde se les daba musicoterapia pero dentro de un paquete de terapias. No es que puede ser sólo el tratamiento de musicoterapia. Entonces qué pasa: en ese paquete, por ejemplo la institución donde estoy ahora, en el paquete se le vende 20 sesiones mensuales a la obra social por cada paciente. A lo sumo 24. Entonces: entre ocho de TO, ocho de fonoaudiología y psicología de sicología se te acabaron las horas. Y musicoterapia no entra. Salvo que sea un pedido muy especial de los médicos, que consideren que ese niño necesita un tratamiento en musicoterapia. Es una pelea...

**Es muy agotador...**

No tiene que ver con la Ley Nacional de Salud Mental, pero tiene que ver con la realidad. No obstante, yo sigo pidiendo que se vengán a vivir a Mendoza.

**¡Yo tengo ganas de irme a vivir a Mendoza! Por eso también me interesaba charlar con vos.**

¡Te estamos esperando! Cuanto más seamos, más lo vamos a poder cambiar.

**Y sí... Es ir y tocar puertas, y llamar, y ser muy insistente. Porque de otra no queda parece. Porque no escuchan y traban las cosas. Tiene que haber del otro lado alguien que esté pendiente, y ser pocos a veces es agotador, uno se sobrecarga mucho... Entonces, ¿los musicoterapeutas de la provincia trabajan más que nada en consultorio?**

Sí, en consultorio y en instituciones de discapacidad.

**Y, ¿les estudiantes de la carrera qué opinan, qué andan diciendo?**

Que quieren salir a laburar ya. En el 2018 nos llamaron para hacer una investigación en terapia intensiva, en el Hospital Lago Mayor. Y ahí venían les alumnos, observaban lo que yo hacía, porque me encargué de hacer las intervenciones. Y bueno, fue una investigación interesante, hicimos un paper... lo publicaron, la verdad que tuvo mucha trascendencia.

Pero está todo en veremos con la pandemia. Ahora han largado desde el hospital un protocolo para que podamos volver a hacer prácticas. Así que estamos esperando que se abra el concurso a profesor de prácticas para poder empezar y reorganizar. También para hacer intervención en clínica médica, en paliativos, eso a nivel hospitalario.

Pero por ejemplo, en el Hospital de Niños, el Notti, no hubo manera de entrar. No hubo forma. Que también: porque tienen un enfermero que toca la guitarra, tienen una enfermera que los hace pintar a los chicos... tienen un taller de cuenta cuentos. Te quedás viste... (hace caras de indignación)

**Claro, se les hace muy fácil reemplazar... sin ni siquiera escuchar las competencias de un musicoterapeuta. Claramente no son lo mismo los enfermeros...**

Claro... y no me lo tenés que contar a mí (risas) Es complicado el insertarse, pero yo sé que esto va a funcionar., estoy convencida. Si me costó 30 años sacar la carrera, bueno serán 15 poder insertarnos en todos los hospitales. ¡Venite a Mendoza!

**¡Es que quiero ir a mendoza! Por eso también mi emoción para charlar con vos. Y lo conozco a Pedro (cursé materias con él) y todo el tiempo me está diciendo “venite a Mendoza, dale, venite”. Y yo por dentro pienso ¡primero me tengo que recibir! Y acá somos un montón...**

(risas) Sí, aparte la calidad de vida nada que ve. Si vos te movés en bicicleta, es increíble todo lo que podés hacer en menos tiempo... Bueno, un maple de huevo, ¿cuánto sale en Buenos Aires?

**El otro día lo vi a 300 pesos en un puesto de la calle.**

Es carísimo, y los alquileres están más bajos también, todo el costo de vida acá es más bajo. Entonces... cuando empezás a sumar, la calidad de vida es diferente. Claro que hay que buscar igual el laburo, pero bueno, se están abriendo muchas instituciones de discapacidad, ahí podés hacer pie para empezar a laburar. Lo otro es golpear puertas, como vos decís... presentar proyectos. En eso estamos todos.

**Y ahí en la carrera además, por lo que yo recuerdo, no son todes de Mendoza. ¿Hay de San Juan también?**

Claro, tenemos dos hermanes que son de San Juan; una pasó a cuarto y el hermano pasó a segundo. Tenemos una de La Rioja, una de Jujuy, Catamarca, de Santa Cruz, hay una que vive en Las Heras de Santa Cruz y hay otra que vive en Río Gallegos, bueno: es de Río Gallegos y está viviendo en Mendoza ahora; tenemos de Río Negro, de Choele Choel, de Viedma. ¡Hay una de chaco también!

**¡Guau!**

Un mexicano, que se vino a hacer la carrera a Mendoza. Que era lo que queríamos realmente: que se empiece a abrir. Ahora en primero empieza una chiquita de Santa Fe también.

**Ah mirá, ¿está en Santa Fe o se fue a Mendoza?**

Todos estos que te digo se han trasladado a la provincia, para cursar la carrera. Aunque bueno, en el 2020 se volvieron a sus casas, muchos se quedaron varados en sus casas viste... Y ya no pudieron volver a Mendoza. Pero bueno, ahora están volviendo.

### **¿Ustedes van a tener clases presenciales?**

Sí... Sí, empezamos el quince con las clases. El quince de marzo. ¿Ustedes?

**Yo terminé el año pasado, ahora sólo me queda rendir un final, que me dijeron que era virtual... y no sé mis compas si van a volver a lo presencial. Porque nosotros compartimos el edificio con dos carreras más y no sé cómo va a funcionar eso (risas). Además a la mañana y a la tarde funciona un primario. Entonces es un tema complicadísimo.**

¡Ah!

**Porque, por ejemplo, la UAI tiene varios edificios, y el de San Juan, que está cerca de Constitución, son diez pisos sólo para la facultad. Nuestra sede comparte primaria, jardín y a la noche somos Musicoterapia, Terapia Ocupacional y Abogacía. Entonces no sabemos qué van a hacer los chicos.**

Pero ustedes tienen aulas que son específicas de musicoterapia.

**Sí, las del tercer piso son nuestras: la sala de corporal, el estudio y una sala para tener clases.**

Bueno, nosotros las que vamos a tener presenciales son, justamente, las bien específicas de musicoterapia. Que son: experiencia personal y grupal 1, 2, 3, 4; taller musical 1, 2, 3, 4; técnicas corporales 1 y 2 y terapias artísticas. Esas van a tener lo que ellos llaman prácticas esenciales. Yo dicto dos de esas materias, una en primero y otra en cuarto. Y las voy a tener que dictar desde mi casa porque...

**No puedes ir...**

...claro, hasta que no me vacunen no sé si me van a permitir la entrada. Empezamos a hacer cierta experiencia en eso el año pasado en noviembre. Que se dieron algunas clases presenciales, pero bueno... yo estaba desde mi casa. Muy gracioso: estaban ahí los alumnos y yo acá (risas) Es muy raro. Nos hemos tenido que reinventar, adaptar, aceptar el delay, aceptar las “desafinaciones” (hace comillas y surgen risas)... los contra ritmos, ¿no?

**Siii, no todes tocan al mismo tiempo.**

¡Es muy improvisado! (risas)

**Es un aprendizaje... siempre podemos sacar algo de eso.**

¿Viste la jornada que hay mañana? ¿De activismo y género?

**¡Sí las vi! Todavía no me inscribí... ¿Me puedo inscribir todavía?**

Inscribite, dale, madugrá.

**Nunca sé si los sábados trabajo, y ahora estoy libre.**

¿Dónde estás trabajando?

**Yo soy trabajadora de un centro cultural, que estuvimos todo el año pasado sin trabajar, solo virtualmente, y ahora este año volvimos a la presencialidad. Tuvimos eventos en la vereda y ahora en marzo vuelven los talleres.**

¿Cuál centro cultural?

**Se llama Club Cultural Maleza. El maleza de Almagro. Cerquita de la UAI. No trabajo así que voy a poder estar ahí.**

Yo voy a estar desde las 7 de la mañana moderando...

**Bien temprano...**

Atendiendo el chat. Claro, se organiza desde España y hay cuatro horas de diferencia. Allá empiezan a las 11.30 de la mañana y acá van a ser las 7 y media. Pero nosotros estamos más acostumbrados a despertarnos temprano que ellos...

**¿Vos viviste mucho tiempo en España?**

Diez años... Me volví cuando nació mi primer nieto. Y siempre me quedé con esa cosa de “me vuelvo, no me vuelvo” y después ya salió la carrera... y bueno, ya me quedé. Y extraño porque fue el primer año que no viajé. Por la pandemia. Pero yo sigo dando clases allá, en enero y en mitad de febrero doy clases en los máster de musicoterapia.

**¡Ah mirá! ¿En qué universidades?**

Estoy en el ICEP de Madrid, y otro que se llama Música y Color que funciona con la Universidad Cervantes. Y por ahí me llaman de Zaragoza, de Almería, de Vitoria.. Eso es más variado, según las necesidades y las ganas...

### **¿Y vos dónde estudiaste?**

Yo soy una musicoterapeuta *de museo* (hace una entonación teatral). *Del Museo Social Argentino* (risas). Soy de la única promoción que hubo del Museo Social Argentino.

### **GUAU**

Terminamos seis. Empezamos treinta en el pre-universitario, que duró un año. Y terminamos seis. Entre esas seis estaba la que suscribe y Elcira Belloc. Yo estudiaba con Elcira. Y bueno... después vino la dictadura, yo me alejé. Cuando me vine a Mendoza en el '81 me alejé de la musicoterapia, y volví ya con todo en el '90. Y ya no la dejé nunca más (sonrisa). Pero bueno, hice después el año de licenciatura del plan b del salvador. En el 2005.

### **Aaaah, está bien...**

Sí, pero ya viviendo en España. Acá era imposible. Pagarlo, criar a mis hijos, los viajes a Buenos Aires. Era imposible, en la época de Menem, hacer eso. Fue el inicio prácticamente, de la musicoterapia en nuestra formación. Pensar que yo entre en el Museo en el '73, las primeras promociones del salvador fueron '69, por ahí.

### **Sí, '69, '70, por ahí. ¿Y en qué espacios trabajaste además de ser docente?**

Uh, trabajé muchísimo con autismo. Y en España: autismo, Parkinson, adultes mayores mórbidos y no mórbidos, tengo un libro escrito en Musicoterapia en Geriatria, en el *Ámbito Geriátrico*.

### **A ver...**

Ediciones Tierra. Me lo editaron en 2019, en la Maza. Pero bueno, lo tenía escrito desde el 2010. Y tengo otro libro, que se llama Resonando... no sé si alguien te ha hablado de ese libro.

**Creo que lo escuché, pero no recuerdo haberlo leído. ¿De qué es?**

Ese... “Resonando con matices y disonancias en la práctica musicoterapéutica”, ese lo pude editar con una ayuda de la UAI. Lo íbamos a editar en el 2001, y fue el corralito, y terminamos editándolo en el 2006. Y ese, a ver... te lo muestro

**¡Ahí lo veo!**

De Editorial UCO. Y luego, también participé en el escrito: la Supervisión en Musicoterapia.

**¡Ay ese nunca lo escuché!**

Ese se editó en España, por la Universidad de Murcia, y bueno hay artículos de varios musicoterapeutas españoles y argentinos también. El tema es que los argentinos creen que se las saben todas... (risas) hablando como española... Hay un artículo de Alfonso López Ruiz, que es el que lo compiló, que dirigía el máster en la Universidad Católica de Murcia; hay uno de Benenzon; uno de Schapira; uno de Levinson; uno de Montserrat Jimeno, que es la que da el GIM en España... Otro de Gabriel Federico; de Pau Jimeno. Pau Jimeno es un musicoterapeuta catalán que trabaja mucho con círculos de tambores y otro de Anabel Berenguer, ella es valenciana y trabaja sobre todo en educación, musicoterapia en la educación. Son otras miradas, es muy interesante leer cosas de otros lados... De otro que te abre la cabeza. Sobre todo en la UAI donde está unidireccional el discurso...

**Sí... Mucho tiempo, sobre todo el último año, con un par de mis compañeras pensábamos sobre el paradigma estético y todo eso, que se plantea como la apertura de los modelos... Y después, reflexionando, dijimos: “bueno, si es lo único que estudiás termina siendo tu modelo” y nos quedamos como (hace el gesto de sorpresa, tapándose la boca y abriendo los ojos).**

Termina siendo más cerrado que el mar de Ucrania. Porque se termina poniendo anteojeras (hace el gesto de ponerse el objeto). Si realmente estás contra los modelos, dicen: “conoce a tu enemigo para saber cómo combatirlo”... Cuando empezás a leer otras cosas te das cuenta que la gente a nivel mundial no se mueve con los modelos, el modelo pasa a ser como un andador inicial. Y después se van abriendo cabezas. A mí me preocupa esto, de ir cerrando en lugar de abrir...

**Si...**

Para colmo los chicos vienen de la secundaria vacíos de contenido. Son cabecitas sin contenido. Y bueno, empezás a hablar de Foucault, de filosofía y te miran con unos ojos así (abre mucho los ojos) y sentís que no... Entonces es como que hay que enseñarles a leer, enseñarles a pensar, es difícil el camino.

**Si, tiene que haber todo un recorrido antes para después llegar a... a poder leer diferentes posiciones sin adoptarla como la propia, siendo un lector crítico. Y para el proceso crítico hay un proceso de construcción previo también... Y cuesta cuando no lo hiciste y te dicen “esto es tal cosa y todo lo demás es un modelo que “aliena” y ahí arrancan los problemas.**

*Asiente con la cabeza...*

---

*La charla luego derivó en cuestiones personales de ambas interlocutoras, por lo cual no transcribiremos esa parte de la charla.*

**Caso MT4**

**Primero me gustaría saber un poco de dónde sos y cómo llegaste a estudiar musicoterapia.**

Ah bueno... viene de recuerdos la cosa... (risas) Yo fui de acá de Rosario. Nací acá, viví toda mi vida acá, en Rosario, Provincia de Santa Fe. Y empecé a estudiar musicoterapia por el año '93... digamos, después de haber hecho otras cosas y otra carrera universitaria. Empecé de grande a estudiar musicoterapia (risas).

### **¿Y qué habías estudiado antes?**

Cuando terminé el colegio, empecé a estudiar en la Universidad Tecnológica Nacional “Análisis de Sistemas” (así era en esa época), hasta que bueno terminé esa carrera. No me recibí, me fui debiendo dos asignaturas no más, pero decidí que no me iba a dedicar a eso viste... Las vueltas que tiene la vida. Así que bueno, empecé a investigar y la primera vez que tenía muchas ganas de hacer algo vinculado con la salud y siempre me convocó mucho en lo artístico digamos... Y cuando empecé a investigar acá en Rosario, en esa época, que fue antes del 93, te estoy hablando de los 90 por ahí, la carrera no me convencía porque lo que yo había averiguado: primero que era un terciario, pero además no había nadie de la disciplina dando clases. No me convencía, me parecía una truchada. Así que lo dejé, empecé a estudiar otras cosas, más de cursos, cosas orientadas a lo artístico, pero nada universitario. Yo seguí como atenta, porque no sé por qué quería estudiar musicoterapia. Así que volví en el '93, y ahí era una tecnicatura, era terciaria, pero ahí ya se habían empezado los movimientos para que las asignaturas específicas estén a cargo de musicoterapeutas. Ahí cuando yo me anoté en el 93 ya se había tomado contacto con los musicoterapeutas de allá de Buenos Aires; por ejemplo, cuando empecé en primer año me dio clases Gabriela Paterlini, en primer año... y bueno se empezó a conformar un equipo interesante que me convenció digamos.

Me convenció la propuesta y ahí arranqué. Después en el '96 es que hay esta inflexión que se une el grupo del terciario con el sistema VANEDUC y empieza a conformarse una carrera universitaria. Y ahí cursamos un montón de gente junta, más vieja y más jóvenes y homologando asignaturas para terminarlo como una carrera de grado.

### **Guau, qué piola, ¿y el marco teórico de la carrera en general en ese momento cuál era? ¿Era más psicoanalítico o más...?**

Em no, no sé, obviamente como toda cuestión es mi recuerdo al hoy (risas)... Pero al hoy se podría decir que había como un cierto soporte que sentaría las bases para lo que fue mutando cuando empezó a ser universidad. Pero bueno, había convivientes muchos paradigmas de la musicoterapia. Qué se yo, iban a dar clases Diego Schapira, Gabriela Siccardi, al mismo

tiempo que G.R.E., que G. G.; estaba N. P., ... Había una convivencia paradigmática, pero la base más pesada se iba orientando más hacia el perfil de una construcción más ligada al pensamiento estético. Si bien no es que el perfil de la formación se base en el estudio del pensamiento estético, es un soporte de la construcción epistemológica desde la cual empezamos a construir lo que es hoy la formación.

**¿Y sobre salud mental, cuales eran los conocimientos más teóricos que podías encontrar en la formación, sobre el ámbito de la salud mental?**

**Lo que antes era psiquiatría digamos.**

¿En esa época estamos hablando?

**Sisi, de cuando vos estudiaste**

Ay... recuerdo.... Fue cambiando tanto Guadalupe... si me hubieras dicho iba al arcón a revisar (risas) pero bueno, creo que análogamente a las variabilidades paradigmáticas también, convivían diferentes paradigmas combinados de la salud mental. Desde... viste como es, más allá del currículum, está el currículum oculto, el que va componiendo cada docente desde su propia epistemología y de su ideología. Y bueno, así que también convivían psiquiatrones hegemónicos con alguno... (se detiene a pensar) Ah no, si si, convivían todes. Estaba Graciela Rojas, que es una psiquiatra del perfil de lo que la ley nacional propone... psiquiatra sistémica... y después estaban esos intermedios... que disfrazados de progresistas son convivientes de antiguos paradigmas.

Y digamos que también de otros campos disciplinares lo mismo. Dentro de la musicoterapia no era lo mismo lo que uno pudiera construir de una posición de la salud mental de escucharlo a G. R. E. que a D. S., ... qué se yo... Digamos que creo que si hay algo que yo rescato de esa época es la variabilidad que uno actualmente dando clases en la carrera sostiene un perfil (que eso está buenísimo) y fomenta que esta investigación la haga el alumne: de saber que no hay un paradigma de musicoterapia, aquello que tiene que ver con la historia, ¿no cierto? En ese momento era lo que se vivía, y a mí me permitió en esa época, vivir una transición de construcción y eso fue lo que, al hoy, me hace tener un buen recuerdo. Esta cosa de participar de la transformación en ese momento.

### **Qué bonito... ¿Me dijiste que te recibiste en el '96? ¿O más tarde?**

En el '96 yo me recibí en la tecnicatura y después ahí en continuo hice la licenciatura. Lo que pasa fue que yo tuve el título intermedio de musicoterapeuta y después bueno, suspendí un año por cuestiones personales y al otro año terminé el quinto de la licenciatura. Y esto fue en el 2002, si 2002 rendí mi tesis.

### **¿Y ahí enseguida empezaste a trabajar o esperaste un poco?**

¡No, yo empecé a trabajar antes! Nah, mentira (risas). Era re trucha... (risas) No, empecé a trabajar al toque, Guada. La verdad que tuve un culo así, a prueba de todo... Y qué se yo, empecé. Siempre fui muy inquieta, y muy de meterme en todos los lugares que podía. Yo en los últimos años hice una de las prácticas en un hospital, un sanatorio, en un manicomio privado, digamos... (risita incómoda) ... Conjuntamente con la musicoterapeuta que en ese momento estaba trabajando ahí, con dos practicantes más, nos metimos a laburar un montón, y armamos una suerte de residencia... No, una suerte no, una residencia. Digo suerte porque después hubo muchos cambios y no perduró en el tiempo, pero tuve la suerte de hacer una residencia clínica en esa institución, y la suerte de quedarme trabajando cuando me recibí, conformando ahí con el equipo de externación de ahí de la institución.

Y después me pasó eso, lleve el currículum me aceptaron en todos lados, eso fue la suerte... Bueno, lo del manicomio no fue de culo, pero lo otro sí, ¿quién me conocía? Así que viste, yo en un principio agarré todo y después fui decantando. Empecé trabajando en un geriátrico y al mes me di cuenta de que no, que no era lo mío; después empecé a trabajar en una escuela provincial de discapacidad, y ahí aguanté 6 meses... También me di cuenta que no podía soportar a los docentes... Y bueno, así me fui quedando... y siempre mi recorrido se fue orientando hacia el trabajo en salud mental propiamente dicho. Con adultes y con niños.

### **Guau, ¿y siempre en instituciones privadas o en publicas también?**

Hace unos cuantos años, no te voy a contar toda la historia... Hace unos años, hace 12 años que estoy trabajando para la provincia. Mi cargo, actualmente, está en la Dirección Provincial de Salud mental. Y empecé

trabajando en un dispositivo sustitutivo, como parte del equipo teniendo a cargo talleres con los usuarios. Y al tiempo, viste que en lo público entrás como contratado primero y después te pasan a planta... Y bueno, pasé a planta y ahí el cargo se duplicó en horas... empecé co - coordinando otro dispositivo sustitutivo. Tenía estas dos implicancias en la provincia: era coordinar un dispositivo y dar talleres en otro. Ahora estoy en otra inflexión. Sigo en la provincia pero creo que esto forma parte también de tu investigación de tesis... ahora justo este año decidí no hacerme más cargo de la coordinación del dispositivo, no sé, sigo contándote...

### **Sisi, ¿vos contame! Y cualquier cosa veo cuándo frenarte...**

Bueno, viste que cada provincia tiene una legislación diferente y las leyes administrativas en la provincia, en lo que es salud vinculado con los trabajadores, históricamente, de hace muchísimos años, se dividió en dos leyes.

Entonces están: una ley es para los trabajadores profesionales y otra ley es para los no profesionales. En la provincia te hablo, después el municipio tiene otro régimen. Entonces bueno, esa ley que separaba a los profesionales, era para los médicos. Después con el tiempo fueron ganando territorio los psicólogos, y se sumaron a la ley. Después de muchísimos años, hará unos 10 años atrás, después de mucho trabajo, mucha lucha, lograron incorporarse trabajo social y los terapeutas ocupacionales. Pero bueno, costó mucho esfuerzo y siguen afuera un montón. Por ejemplo: las enfermeras están afuera de esa ley, son consideradas no profesionales, así como nosotras, las abogadas... Por nombrarte los campos disciplinares más afines. Afines en relación con la incumbencia los que más afuera estamos somos las musicoterapeutas y las enfermeras. Las abogadas, no sé si tan derecho por incumbencia, pero sí por legitimidad, tienen un valor de laburo en salud mental que es indispensable como profesionales. Así que bueno viste, nosotras estamos dentro de esa otra ley, que hay una diferencia, una inequidad... abismal. Y bueno, aparte, en la carrera administrativa, más allá, independientemente de esta ley, en la provincia no hay reconocimiento de cargos jerárquicos intermedios. Por ejemplo, las coordinaciones de los dispositivos sustitutivos no están reconocidas. Y tampoco hay carrera administrativa parecida a lo que hay en la muni, en la muni es de otra forma,

hay más categorías y vos podés ir cambiando de categoría y se podría analogar. Más allá de que no esté reconocido lo sustitutivo, calcula que empezó a componerse acá en la provincia de santa fe, a partir de la ley provincial de salud mental, antes de la ley nacional.

### **Oh okei**

Claro, en los 90. Se fue muy empezando desde abajo, por iniciativa de los trabajadores como todo acá. Desde esa época, hasta que después refuerza estas acciones la ley nacional, que mejora la ley provincial y aporta muchos más en materia de un montón de variables, así mismo los sustitutivos no tienen en la provincia todavía\*, ahora estamos en una nueva gestión ojalá esto avance... pero hasta el año pasado nunca... sí están legitimados y formalizados, pero no tienen estructura que te permita hacer un trabajo en equidad a la responsabilidad y a la función. Bueno, más allá de eso, tampoco había una equidad ... nosotros les musicoterapeutas que estamos en la otra ley ganamos la mitad que los que son considerados como profesionales, y más allá que uno, esté donde esté, está haciendo su trabajo desde el rol profesional... encima estaba coordinando un dispositivo con igual tarea que otra compañera, que si esta reconocida dentro del salario y muchos años de trabajo... me cansé. (risas) Me cansé, dije que basta, y la verdad es que realmente agotador trabajar con dos cabezas, con dos equipos distintos... entonces ahora estoy en una inflexión ahí viendo, orientándome a trabajar en algo más orientado con la formación, la formación en general, dentro de ... ¡lo estoy armando! Todavía no puedo decir mucho porque todavía lo estoy armando con mi compañera. Peor bueno, este fue uno de los motivos por los cuales me fui. Esto tiene que ver un poco con lo que vos me decías, que me introdujiste antes, que tiene que ver con que hay una legitimidad de la profesión, si bien se necesita recorrer mucho más tiempo. si bien ha habido mucha participación en este ultimo tiempo de les musicoterapeutas en distintas acciones que involucran la defensa de la salud publica y la salud mental como campo de lucha por los derechos, creo que somos muy poquitos todavía en el ámbito de lo publico trabajando. Pero bueno, creo que es un camino a recorrer.

Bastante arduo, costó muchísimos años amplia los equipos en las instituciones y le costo mucho a las otras disciplinas hacerse lugar en esta

rotura de hegemonías. Y sí, tengo fe en que vamos a ir creciendo. Creo que, obviamente todavía no hemos cerrado ninguna lógica manicomial del todo, todavía estamos en proceso, allá en capital también...

### **Está complicado...**

En este camino me parece que dentro de todo hemos tenido un protagonismo interesante. En pensar estas cuestiones y básicamente en esto que empezó a vislumbrarse, que empezó como una moda primero, que no se sabía bien de que se trataba esto del arte y la salud, que excede al campo disciplinar nuestro, de les musicoterapeutas. Nosotres tenemos algo que decir específicamente, pero la vinculación con el arte y la salud hay otros campos que también la toman desde otros campos de intervención y otras posiciones epistemológicas... pero como que el arte se puso de moda en un momento en lo público y bueno, creo que también esto favoreció que se haga más visible la importancia de nuestro aporte. Más allá de eso, creo también, por lo menos en lo personal, por el recorrido y en el compartir con otros colegas del mismo campo disciplinar, también se ha ganado espacio a la hora de escucharnos en otras funciones. En cargo más de gestión...

**Claro, de coordinación... pero no somos muchos en esos cargos... Es todavía una sorpresa encontrarnos (risas). Que igual también es un poco complicado esto, cuando todavía legislativamente no se te reconoce como profesional, que no puedas hacer una carrera en el estado desde tu carrera disciplinar. Hacer carrera administrativa no es lo mismo**

Igual a mí me parece lamentable esa división, pero bueno, es lo que hay, y la administración pública es lo más duro, el hueso más duro de roer. Veremos... veremos cómo sigue el cuento.

**Me quedé con algo que dijiste hace un rato, sobre que todavía se están desarmando las lógicas manicomiales, cuando vos empezaste a trabajar en la salud mental eran muy duras esas lógicas o ya había algo desarmándose.**

Cuando yo empecé a trabajar se estaban empezando a cuestionar. Pero que se empezaran a cuestionar y que se cuestionen no significa que no convivan todavía... Porque cuando hablamos de lógicas manicomiales... porque lo que se está trabajando justamente en este cambio de gestión se pueda

efectivizar la transformación de lo que es el manicomio. Pero también, que es un trabajo que va a costar mucho más todavía, es transformar cabezas. Osea, porque las lógicas manicomiales no son paredes ni ladrillos, son cabezas que laburan desde una posición manicomial. No necesariamente las lógicas manicomiales están dentro de la institución manicomial, desde el psiquiátrico, desde la institución monovalente. Hay cabezas que operan desde las variables que conforman una lógica manicomial, ósea: vos podés trabajar en un dispositivo sustitutivo y si no trabajas revisando constantemente es peligroso, porque te podés llegar a enquistar también y transformarte en una institución totalizadora.

**¿Y como coordinadora a vos te costó tener esa tarea de cuestionar constantemente ese dispositivo o las lógicas del dispositivo?**

No sé si me costó, creo que es lo que mas me gusta. Creo que yo tuve la suerte (tengo la suerte) de compartir con equipos que realmente son maravillosos. No digo maravillosos (hace un gesto) porque, obviamente después hay individualidades y problemas, pero me tocó trabajar con gente que por lo menos se banca pensar. Y eso la verdad que tengo que agradecerlo, porque no siempre pasa esto. Pero si, también esto: desde el lugar de coordinación, de trabajar cual es la forma más política de no solamente al interior del equipo en una institución que trabaja en red con otra, vos constantemente estás trabajando con equipos de otras instituciones, con mucha otra gente, y entonces bueno, no es bajar línea, si es siendo políticamente correcto intentar contaminar transversalmente acerca de pensar al sujeto usuaria como un sujeto de derecho, como lo que se tiene para ofrecer en cada dispositivo es particular y no es todo para ofrecer, hay una oferta particular y dentro de esa oferta particular el otro va ir en función de su elección. No es una indicación del médico... Estas cosas, ¿no?

**Okei.... ¿Me dijiste que ustedes en santa fe ya tenían una ley provincial de salud mental...?**

¡Te la paso! ¡O La guleas! Pones ley provincial de salud mental santafesina y ahí te sale.

**¡Dale! ¿Me dijiste que es desde lo '90 que estaba vigente?**

Vigente... como esta ley digamos, no... (carcajadas)

**A eso iba mi pregunta, si se cumplía o masomenos...**

Es así... siempre fue una de cal y una de arena, es así todavía estamos en esa.

**Por ejemplo, ¿postulaba como la ley nacional el cierre de los hospitales monovalentes o no llegaba a esa instancia?**

Sisi, la ley nacional vino a hacer aportes a nuestra ley provincial. Y obviamente la solemnidad que tiene una ley nacional, en el buen sentido, de enmarcar las otras leyes. En su momento fue una ley progresista. Y esta ley nacional vino como a mejorarla...

**Genial...**

Ahora no tengo presente la letra de la ley, si no había esta cuestión contundente que tuvo la ley nacional de poner fecha para el cierre de los manicomios. Si estaba en la letra de la ley la cuestión de romper con las lógicas manicomiales. No había un “se promulga que a tal fecha se cierren los manicomios” como la nacional con el 2020.

**Claro... pero ya proponía un cambio de lógica importante...**

¡Si si!

**Caso MT5**

**Primero me gustaría saber un poco de tu biografía: saber de dónde sos, cuántos años tenés y dónde estudiaste.**

Si, si, bueno, yo nací acá en la ciudad de buenos aires. viví siempre acá en la ciudad de buenos aires. Tengo 47 años y estudié en la USAL. Me recibí de musicoterapeuta en el '95 y después en el 2000 cuando abrieron la licenciatura hice el ciclo de licenciatura de excepción para tener la licenciatura en musicoterapia.

**Genial, ¿la hiciste en la USAL también?**

En la USAL, sí.

**¿Cómo elegiste la musicoterapia?**

A ver... yo estaba entre varias carreras, todas asistenciales (risita). Estaba entre psicología, trabajo social, así buscando carreras descubrí T.O y también como que me interesó pero hasta ahí porque bueno, no sabia mucho de habilidades que no tengo (risas), que no sé. Hablé oigual con alguien que

me dijo “no, no tiene nada que ver” y bueno, nada. Igual era como la que menos me llamaba. Y después me enteré por una amiga que me dice que tenía una tía que era musicoterapeuta, yo desconocía absolutamente la existencia de la carrera, y ahí me puse a investigar un poco porque bueno, era otro gran interés mío, un área más artística. Ahí me puse a investigar musicoterapia y terminé estudiando musicoterapia.

**¡Qué genial! (risas) y...**

Por el año '90 ya, imagínate la información que circulaba en aquel momento, si ahora no circula mucho imagínate en ese momento.

**Claro, era sólo si alguien te lo decía, sino no...**

¡Claro! Imagínate, ni en la guía del estudiante, en todas esas cosas que circulaban en ese momento no figuraba.

**¡Mirá que locura! Y... ¿cómo elegiste el ámbito de la salud mental?**

**¿Fue durante la carrera o fue después?**

Mirá, a mí lo que me pasó cuando me recibí es que me sentía muy... “está bien, tengo el título, pero no tengo ni idea de qué hacer con este título”, ese era un poco mi sensación. Y estaba junto con unas compañeras que se habían recibido conmigo y una me trajo un flyer de un curso que había en el Hospital Moyano, que habían como enmarcado la concurrencia de musicoterapia en un curso de dos años. Vos ingresabas como concurrente al hospital y de paso ibas haciendo el curso, era como la formación y me enganché ahí. Y me gustó mucho el ámbito, me gustó mucho el trabajo con patologías graves de la salud mental, y me gustó muchísimo el ámbito hospitalario. Me enganche mucho con eso. Terminé el curso de dos años y de esa camada que entramos ese año al curso (que éramos como diez) fui la única que se quedó los dos años que faltaban de la concurrencia, en realidad porque además porque eran años donde conseguir trabajo no era sencillo y bueno, esto me permitió, bueno, mis padres fueron una real ayuda en ese sentido: porque me permitía seguir conectada y seguir formándome en eso que me había gustado y poder estar haciendo algo relacionado con musicoterapia. Si yo dejaba eso, me iba a trabajar de cualquier cosa y me quedaba... porque no había trabajo, había muy poco trabajo en general, de lo que vos quieras... Era muy difícil para un joven en esa época ingresar al mercado laboral y nada, como musicoterapeuta a mí me pasaba que yo iba a una entrevista, leía un aviso en el diario, uno cada 8 meses y tenía

compitiendo por el mismo puesto gente que hacía no sé... 20 años trabajaba como musicoterapeuta. Y me lo encontraba ahí. Entonces decía “no, qué chance tengo de que el trabajo me lo den a mí”. Entonces así fue como bueno, sostuve el hospital a full.

**¡Claro! Ay, qué bonito... (risita) ¿Y el sostén teórico al entrar al hospital era el de la facultad más el del curso?**

Sí... yo entré con lo puesto en la facultad. Que, para el área, así en el hospital lo que a mí me servía fundamentalmente era todo lo que habíamos visto de semiología psiquiátrica y psicopatología (que era bastante bueno, la verdad que habíamos tenido una formación en eso) lo que a mí me permitió insertarme en el ámbito sabiendo de eso.

**Claro...**

Sabiendo de enfermedades mentales y de musicoterapia que fue, haciendo camino al andar.

**Claro (risas)**

¡Si! a ver, muy interesante porque yo cada cosa que yo hacía, yo la podía charlar con un colega que tenía más experiencia que yo y eso fue muy formativo., yo aprendí mucho ahí. Pero básicamente los primeros años de formación era de lectura de cosas que no tenían que ver con la musicoterapia. Me costó bastante encontrar material dentro de la musicoterapia. Patricia Pellizari era la única musicoterapeuta que había como sistematizado ciertas ideas en un libro que también con una orientación muy psicoanalítica. Yo en ese momento traté separarme un poco de esa mirada más psicoanalítica, después como que me volví para ese lado... anduve por ahí.

**Claro... jajaja**

Son complejas las construcciones teóricas (risas)

**Si, Es todo un tema... ¿y cuando ingresaste a este curso de la concurrencia del hospital, como era la modalidad de trabajo?**

¿Con los pacientes?

**Si con los pacientes.**

Bueno, yo ingresé a hacer abordajes grupales co-cordinando con otra colega, que estaba en la misma situación que yo, o sea, las dos arrancando. Miento, tuvimos unos primeros encuentros donde había una musicoterapeuta de planta con nosotras, que después bueno, se retiró y nosotras quedamos a

cargo de ese grupo que era con pacientes crónicas en grupo. Después pasé por otros servicios: por hospital de día y demás... y más hacia el final de la concurrencia hice algunos tratamientos individuales.

**Y... ¿después del curso de la concurrencia te quedaste en el hospital o...?**

Después me quede en el hospital porque surgió un trabajo ahí, que tenía que ver con las prácticas profesionales de la carrera de musicoterapia de la UBA que recién se abría. Ó sea, la carrera de la UBA se abrió el año que yo estaba terminando. Entonces después de esos años de concurrencia (o creo que ya hacia el final de mi ultimo año de concurrencia), esos estudiantes que habían ingresado llegaban a una instancia de prácticas. Y se abrían las prácticas de la UBA. Entonces hacían falta tutores y entonces yo quedé en el hospital recibiendo, una vez por semana, estudiantes de la UBA.

**Ah re bien.**

Ahí es como que siempre quede conectada... Bueno al principio la UBA era un cuatrimestre sí, un cuatrimestre no. Entonces quede conectada al hospital recibiendo estudiantes de la UBA. Y seguí como tutora hasta que la titular de cátedra se jubiló y entonces concursé yo, y quedé yo a cargo de esa práctica.

**Okey... ¿pero en el hospital vos no eras trabajadora de planta, o si?**

No, no, no, en ese momento no. Estuve un tiempo como concurrente y un tiempo con figuras que fue cambiando de nombre: becaria, visitante (risas) que me permitía ingresar al hospital para recibir a los alumnos. Y después, en el año 2005, se abrió un concurso, con tres cargos de planta más entonces ahí concursamos eso y quede de planta a partir de noviembre del 2005.

**Claro, está bien.**

En el medio trabajé en otras instituciones de salud mental, ¡fui consiguiendo trabajo! (risas) si, fui consiguiendo trabajo: trabajé en escuelas de educación especial bastante, em... fue los primeros trabajos que conseguí fue en educación, en escuelas de la Ciudad de Buenos Aires, públicas, con el cargo de maestra música en escuelas de educación especial. Después conseguí en una escuela privada de recuperación, y bueno, en el medio fui trabajando en algunas clínicas psiquiátricas privadas. Nunca dure mucho... A ver... primero porque las obras sociales, para que te des una idea: hubo una clínica

privada donde yo ingrese en febrero, me fui en junio sin cobrar un solo sueldo...

**Guau...**

Porque las obras sociales no pagaban, entonces yo no cobraba. Como que mi paso por salud en el ámbito privado estuvo marcado por eso: cuatro meses de retraso en el pago...La verdad que se hacía difícil de sostener, y así como fui encontrando en escuelas que me daban estabilidad económica. Y ahí también el hospital para mí como el espacio donde hacía lo que me gustaba.

**¡Claro!**

¡Siempre tuvo eso! (Risas)

**Claro, que lindo... Y mientras fuiste concurrente, y ya cuando eras parte de la planta, capaz cambio, no sé... ¿vos trabajabas con otros profesionales, de otras disciplinas, o siempre era con musicoterapeutas?**

Eee, no, sí trabajaba con otros profesionales. Siempre en el hospital hubo, a ver, en los servicios de crónicos quizás no tanto, era ver a médicos psiquiatras y nada más. Pero cuando hice la rotación por hospital de día sí: eran psicólogos, terapeutas ocupacionales, bueno médicos, siempre...

**¿Y tenían reuniones de equipo o era solo pasarse informes?**

En hospital de día sí, estaba como organizado de ese modo. En el servicio de crónicos no. No circulaba, es más, la información que circulaba era por que yo iba a preguntar algo o a comentar algo. Nadie nunca me llamó para contarme alguna situación.

**Claro**

No, no... (niega con la cabeza)

**¿Y eso hacía más difícil el trabajo o vos te podías organizar?**

Mira... había servicios en los que la verdad que el aporte que me hacía el médico psiquiatra era nada... con lo cual decís “hablarlo, no hablarlo, que me diga que no me diga no me cambia en absolutamente nada”. Había otros que sí, había gente que era más abierta y más dispuesta y realmente había como un intercambio de información. En otros servicios me remarcaban, como yo estaba en un cuatrimestre sí, y otro no, me acuerdo que una vez uno del servicio me dijo “se nota cuándo están y cuándo no, el cuatrimestre en que vos estás se nota en las pacientes y cuándo dejás de estar se nota la ausencia del espacio de musicoterapia”. Y para mí fue como (cara de sorpresa)

**GUAU**

¡SI CLARO! (RISAS) Pero... no mucho más que eso. No mucho más que eso.

**¿Cómo surgió el debate sobre la nueva Ley de Salud Mental? ¿Ustedes se enteraron de algo o simplemente se enteraron que se había votado?**

No, nosotros no... en el hospital no circuló. En realidad los enojos que aparecieron una vez que la ley se sancionó fue justamente lo inconsulta que fue. Fue una ley que se cocinó, digamos, a puertas cerradas, con escasa participación de los trabajadores de la salud mental. Lo que comentaban que, por ejemplo cuando se votó la ley de la Ciudad de Buenos Aires, que yo ahí estaba en el hospital yendo por alumnos, yo ni me enteré pero mis compañeros sí refieren que se hicieron debates y que participaron. Incluso en el Congreso, antes de que se sancionara la ley de la Ciudad de Buenos Aires que fue en el año 2000...

**Sí...**

Y que esta ahí pintada en un cuadrito porque no movió absolutamente nada de nada. Con la ley de salud mental, la nacional, un poco era esa la bronca. Que decían que había sido inconsulta, por lo menos con los trabajadores de la salud. Había mucho recelo con eso, pero ya sancionada la ley. Previo, yo por lo menos no me enteré. O no recuerdo ahora la verdad, pero a mi me parece que no, que no fue algo que se haya discutido. Si había un runrún (que no te sabría decir si fue antes o después, sobre todo en médicos por esto del lugar donde quedaban los médicos). Eso sí, esta quita, este corrimiento en el lugar del trono, que les dolió, les dolió... ¡y les sigue doliendo!

**Eso te iba a decir... Todavía les duele (risas)**

Todavía les duele...

**Y después de la sanción bueno, hubo enojos ¿y el hospital se tuvo que adecuar a la ley? ¿Hubo muchos cambios en base a eso?**

Mirá, para la altura en que se salió la ley, yo ya estaba en un servicio de pacientes agudos. O sea, el Hospital Moyano está como, brevemente te lo explico porque no es un tema que te interesa: es una institución que esta como dividida en dos partes: tiene una parte que es más bien un hospital y otra parte que es más bien más asilar. Toda la parte de crónicos es como más asilar. Son pacientes que tienen entre 10, 15, 20, 30 años internadas. Previo a la ley, cuando yo estaba en pacientes crónicos, era el jefe del servicio

psiquiatra, un jefe de sección psiquiatra también, y nadie más. En los servicios de agudos sí había más profesionales y había como otro funcionamiento. Mucho más ágil, que los servicios de crónicos. Para el momento en que se sanciona la Ley de Salud Mental yo ya estaba en el servicio de agudos, que era bastante distinto. Incluso hasta el modo de trabajo de los profesionales que están ahí. Es como que funcionaban ya esto ya de las internaciones breves, esto ya estaba implicado. Y lo que yo recuerdo de este servicio es que había mucho reparo con los abogados. “Ahora con esta ley van a venir los abogados, buitres, a tratar de hacernos juicio por todo” y que no sé qué, con esto del artículo 22 de la ley...

**Sí, sí...**

Y lo que sucedió fue que ese encuentro, fue así medio como “bueno no, estos no vienen a meternos presos, a hacernos juicio”; y por el lado de los abogados creo que también pudieron comprender lo difícil que es trabajar con una persona con un padecimiento tan grave. Que, por lo general el Hospital Moyano es una clase media-baja a la que asiste, no, con tan pocos recursos de todo tipo, con familias tan inconsistentes o con tantas dificultades. Entonces como que ahí hubo un entendimiento: “no, estos no son internadores compulsivos que mandan a la gente a no sé qué” y “estos no vienen a cagarnos”. Y ahí, me parece que eso fue lo que más cambios generó en un primer momento: esta alianza que se armó entre el abogado y el equipo tratante, donde el abogado vino a facilitar un montón de cosas que estaban muy instituidas, incluso con la familia. O sea, la familia, se estilaba, que venían a internar al paciente en el verano para irse de vacaciones tranquilos, por ejemplo. Era algo que se estilaba. “¿Y molesta mucho? Si, yo lo vengo a internar”. Y esto la ley eso lo vino a modificar: “mirá, no podés no llevártelo, no es una opción. Es tu familiar, vos tenés esta responsabilidad. ¿Está en condiciones de alta?: te lo tenés que llevar y fijate como hacés”. Y ahí es donde la figura del abogado, viste, aparecía con esto de “no bueno, yo le voy a informar al juez que usted no se quiere hacer cargo de su familiar. Esto es abandono de persona”. Entonces, en un primer momento estas cosas funcionaron. Porque había que cambiar toda una ideología que no era solamente en los profesionales, era también en los pacientes y en las familias, que estaba acostumbrada que podía llevarlo al hospital y dejarlo ahí. La gente venía a dejarlo internado. Y es como que

estas cosas, esto fue lo primero que generó un cambio. En los servicios de agudos.

### **Claro....**

Y después bueno. Las cosas se fueron aceitando un poquito más. También el servicio que estoy yo, el jefe de servicio es una persona bastante abierta, con lo cual fue más permeable y mucho más democrático en las decisiones (o sea, de siempre). Democrático en las decisiones, esto de conversar las cosas era como una dinámica que ya estaba en el servicio, las reuniones de equipo donde entre todos se decidía el tratamiento, y como seguíamos, y demás. Con lo cual ahí no hubo grandes cambios. No sé qué habrá pasado en un servicio con otras características. Eso lo desconozco. Y en crónicos, la ley tardó muchísimo en notarse. Muchísimo.

### **¿Ah sí? ¿Por qué?**

Porque, sobre todo porque había en ese momento servicios con tres profesionales y setenta pacientes internadas. Con lo cual tampoco había mucho que las tres profesionales que estaban pudieran hacer para modificar la situación. Porque era todo el tiempo responder cosas. Estaban más abocados a las tareas administrativa y a las urgencias (alguna paciente que le pasaba algo) que al seguimiento o al tratamiento de todas. En crónicos, lo que empezó a pasar con la ley, fue que se empezó como a vaciar el hospital. Que nunca quedó muy claro cómo fue... yo estoy tratando de ubicarme en los años, pero bueno no, no soy muy precisa... hubo como grandes... se trasladaron pacientes de manera masiva... se comentaba que a clínicas privadas. Con lo cual no sé para qué, porque era sacarlo de un efector para ponerlo en otro peor. El Moyano por lo menos tenían un parque, cierta autonomía de ir a comprarse algo al kiosco... ¡no digo que esté bien! Pero entre estar ahí a estar encerrado en un edificio... en definitiva es lo mismo: no está en la comunidad. Se comentaba eso, que las pacientes habían ido todas a clínicas privadas. Yo no sé, no pude seguir el rastro. Y si hubo varias pacientes, muy longevas, que fueron a geriátricos. Que eso bueno, decís está bien: de una institución total a la otra, pero por lo menos una institución un poco más adecuada a la edad del paciente. No una institución psiquiátrica.

### **Claro**

Entonces ahí bueno, se redujo mucho la cantidad de pacientes y, posteriormente, pero ya no justo con la ley, sino muchos años después, hubo

como un ingreso de personal bastante importante, sobre todo de psicólogos, que eran 10 antes para todo el hospital y ahora son 50 y entonces en los servicios de crónicos empezaron a armar equipos. Y ahí con el armado de equipos cambio un poco la dinámica. Con el armado de equipos hubo más tratamiento para todas las pacientes internadas, además ya no eran 70 u 80, eran 30 o 40.

### **Claro**

Y esto sí, cambió bastante. Hubo un recambio también de jefes de servicio.... Esa es otra. Hubo mucho recambio porque se fueron jubilando, y fue entrando gente más joven. La gente más joven, no necesariamente con cabezas más abiertas, pero sí con otra flexibilidad, claramente. Entonces es como que ahí, me parece que lo que más cambió fue el trato más horizontal: no era EL (hace énfasis) jefe de servicio sino que empezaron a ser jefes de servicios más acostumbrados a trabajar a la par con otros. Y a trabajar. No el “soy jefe de servicio y estoy todo el día leyendo el diario porque como llegue a jefe no tengo nada que hacer.” ¿No? Sino jefes de servicios activos, moviéndose...

### **Trabajando a la par...**

Claro

**Me quedé con lo que se fueron muchas pacientes a otras instituciones... ¿no hubo externaciones entonces? ¿Es muy difícil externar a un paciente crónico?**

Mira, a mi se me ocurre que alguna externación debe haber habido.

**Ajá...**

No te digo que no hubo externaciones. No es que de las 500 pacientes que se fueron trasladando a lo largo de los años, no es que las 500 se fueron de externación. No. Pero sí algunas externaciones hubo. Porque además también, con esto de los equipos más grandes, sobre todo trabajadores sociales, que entraron muchos. Cuando yo entré como concurrente (a ver, debía haber, obviamente que había trabajadores sociales pero yo no recuerdo habérmelos cruzado). Ahora todos los servicios tienen un trabajador social. Hubo pacientes a los cuales se les contactó la familia, después de muchos años, hubo revinculaciones y algunas pacientes sí se fueron externadas. Pero no es que, no fue la mayoría. Porque es difícil, sí, externar un paciente crónico. Porque por lo general no hay recursos

económicos, no hay recursos sociales. Son familias que también son muy carenciadas, con muchas dificultades para sostener a una persona con una problemática grave.

**Claro**

O esta dificultad de bueno, “el paciente no puede quedar solo en la casa, y yo no me puedo quedar todo el día con este paciente en la casa porque yo tengo que salir a trabajar. Entonces qué hago con esta persona, no le puedo pagar a una persona para que se quede”. Bueno, todas estas dificultades domesticas que son difíciles de...

**Que hacen difícil el acompañamiento de esa persona, claro...**

Claro, cómo hace una persona que vive en San Miguel par air todas las semanas al Moyano cuando apenas tienen plata para comer.

**Claro**

Esas cosas así, muy simples, viste. Esa es un poco la realidad hospitalaria.

**Y con los trabajadores sociales ¿ellos pueden gestionar algunos recursos o no tanto?**

Hoy sí, eso también fue como un proceso. Fueron apareciendo distintos recursos, distintos subsidios. En un momento salieron los subsidios habitacionales que también a algunas pacientes las benefició bastante. Esto de tener el dinero para alquilar un lugar donde vivir. Pero esos recursos como que los pueden aprovechar más los pacientes agudos viste, los que están entrando y saliendo del hospital, de manera más continua. La persona que tiene, no sé, lleva 30 años internado, es muy difícil que se pueda ir de la institución con un subsidio habitacional a vivir sola. Porque ya perdió mucho, perdió muchas habilidades básicas. Mucha autonomía. La autonomía es lo primero que... no bueno, lo primero no. Pero la autonomía está arrasada completamente, entonces necesitarían otro tipo de dispositivos, que no hay.

**Claro...**

No sé si me estoy adelantando en la pregunta (risas)

**¡No, no! Es que voy preguntando y voy armando en la medida en que me lo decís. ¿El hospital no tiene estos dispositivos de medio camino que dice la ley, no? ¿Esto de las casas?**

No, no, el hospital no... A ver, el hospital tampoco tendría por qué tenerlas. Tendrían que estar disponibles para que las pacientes del hospital vayan.

Siempre fue sumamente engorroso derivar [a las pacientes] a estos pocos dispositivos que hay; también ahí hay como un ajuste medio raro que habría que hacer. Había algunos dispositivos (en una época) que tenían unos requisitos de admisión que viste cuando decís: “voy yo a la entrevista y no sé si la paso...” (carcajadas) Claro, viste cuando decís: “pero a ver: si el paciente es autónomo, si tiene un ingreso de dinero, si cuenta con algún referente por fuera, no necesita una casa de medio camino, se va a su casa”. O sea, se supone que es un dispositivo para quien no tiene nada eso y necesita un acompañamiento, alguien que lo visite, alguien trabaje con él esta autonomía que perdió. Hubo una época en que había mucha dificultad con eso, era muy difícil que acepten un paciente. Te estoy hablando del servicio del servicio de agudos, eh. N hablemos de las crónicas. No tenían como acceder a eso. Y tampoco hay como dispositivos escalonados. Está como la casa de medio camino, que es con un nivel de asistencia mayor, porque son pacientes que todavía necesitan un nivel de asistencia para la reinserción social. O las casas de convivencia para quien simplemente necesita un lugar para vivir. Y no, no había, había mucha discriminación con eso, y las casas de medio camino exigían pacientes para una casa de convivencia. Y entonces tenían un funcionamiento que para mí era muy manicomial. Porque el paciente iba a la casa de media camino y se organizaban la rutina. Entonces era: “bueno: los lunes vas al taller de teatro y al taller de tejido. *Pero a mi no me gusta el teatro*; no importa tenés que ir”. Entonces iban todas masivamente al taller de teatro, entonces, a ver: estás organizando una rutina tan rígidamente, que al final es lo mismo que esté en un hospital. O sea, sí esta bueno que por lo menos sale, circula un poco más por la ciudad, en eso sí, capaz que era mejor. Pero no es que estás ayudando a que el paciente arme su autonomía. No es que les estás dando la posibilidad de: “mirá, tenés que hacer algo, no te podés quedar tirado en la cama todo el tiempo. Tenes esto, esto, esto y esto”. Entonces que cada uno elija por donde ir. Eso obviamente requiere una organización mayor y mayor recurso humano, entonces era más fácil decir “todos van para acá, después van para acá y para acá”. Pero bueno, muy rehabilitador psicosocial no resultaba. (risas)

**Claro...**

Así que... eso también, pero fueron como etapas digamos. Después hubo un tiempo en que las cerraron, cerraron estos dispositivos, los pocos que había...

### **¿Y las personas a dónde fueron?**

Y volvieron todas al hospital calculo...

### **¡Ay no!**

No sé qué habrán hecho, sí... si, si, si, y bueno, y ahora estamos ahí. Igual son muy pocos ese tipo de dispositivos. No es un recurso con el que uno diga "bueno este paciente puede ir acá" y listo gestionemosló y va. No, como si ponele se puede gestionar que pase al hospital de día del hospital, que eso decís que sí, es como una salida ambulatoria viable para un paciente internado en un servicio de agudos. La casa de medio camino es como que no, "probemos acá a ver si tenemos suerte". Nunca tienen vacantes, lo cual es lógico: son muy pocas y reciben gente no sólo del Moyano, reciben gente de todos los efectores de salud mental de la Ciudad. Con lo cual también es entendible que no haya lugar. Porque tampoco son tantas, son insuficientes.

### **¿crees entonces que faltan cosas por modificar, falta un montón para..?**

Se me entrecortó.. y no te entendí mucho lo que me dijiste.

### **A ver voy de nuevo: ¿entonces faltan modificar cosas para que la ley se cumpla?**

¿Si faltan modificar cosas para que se pueda cumplir la ley? Si un montón. Dentro y fuera del hospital. A ver, yo estoy en un servicio que la verdad es bastante piola, por eso me quedé ahí. Pero en general las cabezas son bastante, bastante cerradas. Sobre todo, con la dirección actual que hay en el hospital: tomaron fuerza todo un grupo de psiquiatras que están muy dolidos con esto de "cómo yo no soy el ombligo más importante" con lo cual hay una cosa médica pujando que si, ósea, tampoco hay... A ver, en el hospital se podrían hacer muchas mas cosas de las que se hacen. Muchas más cosas, mucho más piolas de las que se hacen, pero hay como viste un establishment de mantengamos todo como está, no hay mucha voluntad de cambio en ese sentido. Porque a ver, para que un hospital se pueda modificar, tiene que haber como un empuje de la mayoría. Viste, no es que un servicio solo va a transformar el hospital, o que un grupo de musicoterapeutas vamos a transformar el hospital. Es muy desgastante querer hacer algo pensando que vas a transformar el hospital. Uno termina tratando de hacer redes con

quienes pueden llegar a tener una idea parecida a la tuya, tanto adentro del servicio de internación como por fuera. O sea, los musicoterapeutas estamos cada uno en un servicio de internación distinto. Entonces, yo estoy en este servicio que es bastante accesible, pero algunas de mis compañeras no, están servicios como mas cerrados, de crónicos. Otros están servicios de crónicos con un poco más de apertura desde el servicio, y vos tenés servicios de crónicos que trabajan muy bien, y servicios de crónicos *que sooon....* (pausa y risas) tremendos. Me guardé el comentario...

**Está bien...**

Claro. Es tan desparejo que es difícil que como institución se pueda hacer algo más transformador.

**¿a los pacientes a ellos informa de la ley, de los derechos que tienen como pacientes, las familias (bueno igual me dijiste que son familias quizás con mucha vulnerabilidad) no se capaz, tienen ... (se entrecorta)**

**Te preguntaba por lo pacientes y las familias, si tienen, si no hay forma también de involucrarles a ellos, a todo el grupo, pero también pienso que son familias con vulnerabilidad social y cuesta más. No solo de los profesionales sino con los pacientes y sus familiares. No sé si eso pasa.**

A ver si te entendí. Lo que me preguntas es si los pacientes tienen información sobre la ley y las familias...

**Si, como para ver si se pueden aunar esfuerzos...**

¿Involucrar a las familias?

**Eso, si**

Mira, en el servicio de agudos, el paciente firma un consentimiento informado al ingresar. O sea, firma uno al ingresar a la guardia y firma uno al ingresar al servicio; cuando el paciente no está en condiciones lo firma el familiar y ahí es como que al familiar se lo reclama todo el tiempo. Que esté presente. Se trabaja con la familia, más a nivel, o sea no tratamiento, pero si hay como encuentros psicoeducativos. El servicio de agudos aparte el paciente rápidamente empieza a hacer permisos de salida. Entonces un fin de semana o se va un día o se va todo el finde semana. Entonces cuando viene se charla con la familia, qué es lo que pasó, que dificultades surgieron. Entonces si, en este punto la familia esta bastante implicada. A ver, en cuanto al conocimiento que tienen de la ley y de sus derechos, los pacientes que no entraron por su propia voluntad tiene un abogado, que los visita

regularmente, que charla con ellos. Tienen alguna información porque hay pacientes que reclaman esa información, sobre todo las peleas con enfermería, “yo tengo derecho a tener mi teléfono, y que no sé qué, poder comunicarme” ... En el servicio donde estoy yo por ejemplo, cada una tiene su teléfono, si lo quiere tener, lo puede tener encima. Se aclara que si el teléfono desaparece es responsabilidad propia. Porque ese es el problema: en muchos lados el teléfono no lo tienen por el tema de los robos, no tanto porque no hablen. A veces es una dificultad, es peor que tengan el teléfono. Ay perdón

### **No pasa nada**

A veces es una dificultad, porque pueden llamar a cualquiera. Y a veces a la persona a la que llaman no favorece el proceso que uno esta tratando de hacer en ese momento con el paciente... pero forma parte del tratamiento. O sea, no se le quita el teléfono. No se le quita si el paciente no quiere. Hay algunos que te dicen “no si, tenelo guardado porque sino... yo voy a hacer tal cosa”. Y eso es distinta, porque ahí hay una decisión. Porque es como cuando mi hija me dice: guardame el teléfono porque sino me pongo a pavear y no hago la tarea. Como que funciona en esa lógica. Igual con mi hija mucho no pasa. En ese servicio el teléfono lo pueden tener. Yo sé que hay servicios en los que no... que forma parte del reglamento del servicio: que el paciente no puede tener el teléfono, que si quiere llamar, puede ir a servicio social y pedir que quiere hablar por teléfono con su familia y se le presta el teléfono. Lo cual es cierto, se presta, pero lo que pasa es que a veces hay colas... imagínate, todo el hospital para usar un teléfono.

### **Claro, es un montón...**

Pero bueno, esos son como las reglas de cada servicio. No se como terminamos hablando del teléfono. Ah, en esto de los derechos. Si las pacientes saben, porque era el derecho que mas reclamaban. En este servicio sobre todo porque, en este servicio si: querés tenerlo tenelo, pero vos te hacés responsable. Y si te lo roban... o sea, firmaste que vos sos responsable.

### **Si**

Porque sino era otro despelote. Dentro del ámbito se averiguo y se dijo que si, que perfectamente se pueden hacer cargo del teléfono y si la familia no quiere que lo tengan por si se lo roban, y el paciente está en internación

involuntaria y el familiar decide que no, porque se lo van a robar, bueno es el familiar el que decidió que no lo tenga. Igual se las prestan entre ellas... (carcajadas)

**Claro**

Pasa, pasa también. Tenés las reuniones de convivencia que las tenés con los auriculares escuchando música, pasa sí... la adolescencia a pleno. Aunque ya son adultas... Eso no se si te lo dije. El hospital tiene pacientes adultas. A partir de 18. Es un hospital de adultos. Vale la aclaración.

**¿Y el servicio donde estás es el servicio de agudos?**

Si... Servicio de terapia a corto plazo.

**Ah okey, está bien.**

Hay otros de agudos también.

**¿Terapia a corto plazo es que los atendes todo lo que dura la internación o...?**

Si

**¿Ah, que no son más de un mes, dos meses? ¿O son más largas?**

Este servicio es hasta tres meses. Pero en general no están tres meses, se van de alta bastante antes. Hay pacientes que antes del mes ya se van de alta. Las que se quedan tres meses siempre es porque hay alguna cuestión social que resolver: tiene que salir el subsidio, tiene que salir la vacante en... entonces se la aguanta, hasta tres meses podemos... hay pacientes que incluso se han quedado más esperando estas cosas. Sobre todo, cuando el paciente hizo una buena evolución y esta trabado porque esto falta, entonces bueno, se lo aguanta todo el tiempo necesario. Sino tiene que pasar a un crónico. Entonces, para evitar eso, se lo aguanta mas tiempo hasta que salga lo que tenga que salir... no sé, o el subsidio o la vacante.

**Claro...**

Pero los casos de las pacientes que tiene donde ir... están mucho menos que tres meses

**Ah okey, esta bien. ¿Y para la musicoterapia crees que faltan cosas por desarrollar o por pensar en el ámbito de la salud mental?**

Eem.... A ver, yo creo que los musicoterapeutas en este punto estamos como también, aggiornándonos a esto y a pensar nuevos dispositivos de abordaje más allá de lo institucional. ¿No? Que en general fue nuestro ámbito más fuerte. Yo no me atrevo a hablar de los musicoterapeutas porque

bueno, yo, trabajo en una institución. Yo estoy como muy metida en lo institucional. No me atrevo a decir que todos los musicoterapeutas que trabajan en salud mental están en la situación que estamos nosotros. Que nosotros por lo pronto estamos en este desafío. En el hospital los musicoterapeutas somos anti-institucionalistas desde mucho antes de la ley de salud mental. Cuando yo ingresé con el cargo de planta, si bien yo ya tenía un recorrido institucional bastante grande... el estar todos los días en la institución... no necesitás ser un genio para darte cuenta lo iatrogénico que resulta; qué distinto podría ser todo si funcionaran de otra manera. Me parece que lo que marca la diferencia, a quienes nos resulta más fácil darnos cuenta de esto me parece que es a quienes tenemos una mirada sobre el sujeto distinta. Quienes nos corrimos de este paradigma de la enfermedad, si vos estás como muy parado en este lugar del enfermo, del pobrecito esquizofrenico que se deteriora con el tiempo decís “bueno, si, un hospital como el Moyano es lo mejor que le puede pasar porque tiene casa, y tiene comida, tiene no sé qué y contención y no se cuánto...” ahora si vos te parás desde otro paradigma, el ser humano necesita mucho más que casa y comida.

### **Claro...**

Para ser feliz. Nadie es feliz nada más que con casa y comida. Si es importante, no vamos a decir que no, porque estar en la calle también es una situación de descompensación, pero

### **Pero no es lo único**

Claro, la vida es mucho más que casa y comida. Es como que una mirada del sujeto muy distinta. Pero me parece que tiene que ver con eso, con como uno se para desde otro paradigma para entender al sujeto, para entender los procesos de salud y enfermedad también, no quedarse con esto de “bueno, estás condenado a tener una enfermedad de salud mental.” No ,bueno, es una enfermedad con la que vas a tener que vivir toda la vida. Bueno, como aprendes a manejar, con esa enfermedad, como un diabético aprende a vivir con su diagnóstico. Y en esto me parece que la formación tiene mucho que ver. A los médicos no los forman para trabajar...

### **Con personas (al unísono)**

Los médicos se forman para trabajar con enfermos, los forman para trabajar con enfermos. Entonces ahí es como que donde es más... limitante quizás la

mirada que tienen. Por supuesto que no son todos los médicos. Y no porque seamos musicoterapeutas tenemos otra mirada... no todos los psicólogos piensan igual, no todos los trabajadores sociales piensan igual... sí son como formaciones que incorporan otros aspectos.

**Claro...**

Esto es mi punto de vista...

**Si, si... Que esta buenísimo para pensar. Bueno, te voy a hacer la ultima pregunta y ya te dejo libre. Que esto me dijo Marisabel que se los tengo que preguntar a todos...**

Ajá...

**¿Qué lecturas podés recomendarme para seguir pensando?**

Em... hay un libro de Saraceno que no me puedo acordar como se llama. Que a mi fue un libro que Benedetto Saraceno fue un psiquiatra que trabajó con Basaglia...

**Aja...**

¿Ah lo conoces?

**A Basaglia, sí, al otro no.**

Benedetto Saraceno fue director de salud mental de la OMS, durante bastante tiempo. Pero no me puedo acordar... tenia un título muy poético, muy bonito. Viste cuando se te borran... ya me voy a acordar y te lo mando. Bueno. Basaglia también, tiene como mucho escrito, esta buena la mirada de que el propone. Todo en esto de la desinstitucionalización.

**¡Sí!**

Estoy pensando mas para el lado de la musicoterapia. Yo no encontré muchas cosas que hablen específicamente de esta situación, pero bueno, es una situación muy puntual también. De lo que es desinstitucionalización. Pero sí a mí me ayuda bastante a pensar desde otro paradigma todo lo que es hay sobre musicoterapia comunitaria. Hay muchos musicoterapeutas trabajando muy bien en el área comunitaria. El Colectivo 85 tiene escritos muy interesantes. Están en internet, se encuentran, sobre ciertas conceptualizaciones que van haciendo que... a ver, por lo menos a mi lo que me sirve es para pensar otra manera de entender al sujeto, yo estoy como muy encerrada en la clínica que es el área donde me formé. Y esta clínica tiene que empezar a permeabilizarse un poco más hacia otras cosas. Dentro del hospital, empezar a trabajar desde otra perspectiva que incluya ciertas

variables de lo comunitario, como es la participación, justamente para correr un poco el eje este del enfermo, del paciente. Del paciente que viene a recibir un tratamiento. Bueno no: el paciente como formando parte de ese proceso que es su tratamiento. Sobre todo, en términos de autonomía, para que la autonomía no siga socavándose. Esto viste que cuando te dicen recomendame una película par el fin de semana y no se te ocurre ninguna... Me pasa igual. ¿Pero si me das un tiempo yo después te lo puedo mandar?

**Si, si, si**

Así voy como armándolo.

**Bueno, muchísimas gracias A. Me re gustó charlar con vos.**

¡Bueno, muchas gracias! Me gusto, me trajiste así como,. Algunos recuerdos. (carcajadas)

**¡Bueno me alegro! ¿Cualquier cosa te puedo escribir entonces?**

Sisi, cualquier cosa que te haya quedado colgado, me avisas y nos volvemos a juntar.

**Dale, cuando ya este entregada la tesis les voy a avisar.**

¡Dale!

**Así todos pueden leerla.**

Buenísimo, me encantaría.

**Bueno A., muchas gracias. Que tengas buen día.**

#### **Caso MT6**

**La idea es hacerte un par de preguntas, primero para conocerte y después para ir conociendo un poco tu trabajo, tu formación con respecto al ámbito de la salud mental, con qué marco teórico contás y después indagar en tu trayectoria en ese ámbito, por qué instituciones pasaste, cómo decidiste trabajar en salud mental. Cuando quieras me decís y arrancamos.**

Dale, ya.

**Primero me gustaría saber, de dónde sos, cuántos años tenés y en qué facultad estudiaste.**

Tengo 50 años (risas)

**¡No parece!**

Sí, tengo cincuenta. Bueno, gracias, me pongo contenta (risas) porque viste que van pasando los años y decís “quéee cincuenta cumplo, ¿no?”. Estoy

hace un montón, también está bueno decirlo, porque me pasa, no es para hacerme la jovencita. Me pasa que no me dan la edad exactamente. Entonces, cuando empiezo a contar la historia de hace cuánto tiempo estoy en salud mental, ahí sí empiezan a hacer cálculos. Mi formación, fue en la USAL, en la Universidad del Salvador. Yo me recibí en el año '92, así que imagínate, hace un montón... y en ese momento no existía la licenciatura. Después la hice. Soy licenciada, actualmente, en musicoterapia. También la hice en la USAL, porque bueno, fue una licenciatura para gente que había tenido otro plan, fue adaptado a todas esas camadas que no habían estado en el plan de licenciatura. Así que bueno... no existía todavía Musicoterapia en la universidad pública, ni tampoco en ninguna otra. Sólo en el Salvador, en la facultad de Medicina. O sea: en la formación de la carrera en la USAL, tuvimos una parte bastante médica, de materias como neurofisiología, anatomía; materias que tienen que ver con lo motor, con nombres que eran totalmente diferentes a como se llamarían ahora. Ejemplo: una materia era "Musicoterapia en Perturbados Motores". Son nombres que parecen la inquisición.

### **Jajaja, claro...**

También tuvimos una gran formación psicológica. De psicología evolutiva, muchos autores... era lo que había, me pareció dentro de todo (si bien siempre falta), me pareció un pantallazo... Desde lo biológico por arriba pero tampoco tan por arriba; desde lo psicológico tuvimos años correlativos... así que bueno, qué sé yo. En esa época, igualmente, había prácticas, pero los primeros años yo, y la mayoría de los y las musicoterapeutas de estas camadas, no sabía más allá de lo que te pueden decir en una primera instancia. Después en la práctica no tenías idea de cómo se trabajaba, o sea, era una incógnita. También existía un poco esta cosa de los docentes musicoterapeutas en las clases teóricas y teórico-prácticas era difícil describir todo lo clínico. Era más un misterio hasta que no ibas a observar sesiones de mt. A mí me interesó, no sé exactamente por qué... naturalmente me interesó ahondar en la salud mental. Entonces tuvimos materias de psiquiatría, como las llamaban antes...

### **Ajá...**

Donde ves todo lo que es psicopatología, después había Musicoterapia en Psiquiatría (como se llamaba antes, después pasó a ser Musicoterapia en

Salud Mental). Y yo hice una práctica en el Hospital Italiano, con un musicoterapeuta, en salud mental.

### **Ajá.. ¿en adultes o en niños?**

Adultes... siempre fui para adultes. Trabajé en niños... ¿viste cuando tenés una amiga (casi de adolescente) que estudiás, y vas a todos lados juntas? Bueno, con mi compañera y amiga de estudio habíamos ido a hacer unas prácticas a Vitra, que era con niños con capacidades diferentes motrices. Y después también seguí, estuve incursionando, en el Hospital Fiorito, en niños, pero más que nada porque íbamos juntas con mi amiga. Todavía estaba tratando de encontrar, sin proponérmelo, iba probando para qué lado iba, sin ser consciente de lo que estaba buscando, en qué área y que grupo etario iba a trabajar. Entonces hicimos esta práctica, después seguimos con el musicoterapeuta haciendo cursos privados, cierta capacitación, y seguimos trabajando como colaboradoras, observando en las sesiones de este mt, en el Hospital Italiano y después en una clínica psiquiátrica privada, en adultes siempre. Y bueno, me fue llamando la atención, cada vez me fue llamando más. Esto fue antes de recibirme, el último año. También en el último año me había quedado una práctica colgada. C. B., en una materia que era audioperceptiva, con Hugo Rodríguez (que también es un docente de la USAL de hace muchos años, músico) estuvo vinculadísimo con la musicoterapia, y lo que tiene que ver con los discursos sonoros, los análisis de discursos sonoros; fueron unos de los primeros en trabajar desde el análisis de los discursos sonoros, desde lo fenomenológico, y después aparecieron todo el tema de los perfiles y demás. Bueno, la cuestión es que C. B. estaba en esta materia como docente, en la parte de articulación de todo lo que veíamos en audioperceptiva con la musicoterapia. Entonces había una práctica en el Hospital Moyano. Y me dijo “venite”, era más informal todo antes.

### **Claro...**

No era como ahora, yo no estaba todavía recibida, y el último año yo ya había hecho toda esa experiencia siempre con el otro musicoterapeuta, Fabian Feldt. Tenía cierta, mínima idea, de lo que era el área de salud mental. Cuando me ofrece continuar la práctica que correspondía a la materia por el plan de la carrera me dice: “mirá, en el Hospital Moyano, en el servicio de hospital de día (que es donde también estoy actualmente)

estaba Patricia Pellizari” antes, como musicoterapeuta, junto a otro mt con cargo. Pero no sé, ellas renunciaron. Te estoy hablando... del ochenta y pico. Creo que habrá sido el 87... si no tengo mal las fechas. Ellas no sé porque renuncian al cargo. Los cargos no quedaron, obviamente, esos cargos se perdieron. Pero si el espacio, el servicio le gusto el espacio de tener musicoterapia en el equipo y C. me dice “mirá, está esta posibilidad de que vos vayas a hacer musicoterapia en el hospital de día (yo ni estaba recibida) y te superviso”.

**Aja...**

Esto fue porque antes se manejaban así. Entonces...

**¿C. no tenía cargo?**

C. tenía cargo. Si. Pero él trabajaba en otro servicio....

**Claro... (risas)**

Claro... él me iba supervisando en supervisión semanal, y todas las veces que quisiera, pero en musicoterapia estaba yo sola (risas). En hospital de día igualmente había todo un equipo completo de profesionales de diferentes disciplinas. Te estoy hablando en el año '91 (hace mil años). Pero bueno, antes era así, los hospitales necesitaban profesionales. No les importaba... te estoy diciendo: obviamente con una ética y con cuidado hacia los pacientes, pero... (en ese momento se les nombraba pacientes, ahora usuaries). Pero bueno, la cuestión es que entré ahí, supervisaba también con todo el equipo, y era grupal. Así que después entré en la calidad de concurrente. Como en las residencias y concurrencias.

**Claro, ¿pero no rendiste ningún examen?**

Noooo, no. No era así antes. No era así.

**(risas)**

Era como... ni me acuerdo. Entrabas en ese plan y hacías cursos, pero no era con la carga horaria que se exige ahora, con toda la capacitación obligatoria, ¿viste? Y ningún examen de ingreso. Si entrevistas, obviamente no entraba cualquiera (risas) pero esto era así antes...Entonces después tuve en el 94 adquiero el cargo, se me nombra musicoterapeuta de planta, profesional de planta. Porque el Hospital Moyano pasa de ser nacional a municipal, pasó a depender del Gobierno de la Ciudad... Deja de ser nacional y ahí otorgan cargos. Las y los musicoterapeutas dependemos del servicio de rehabilitación... te comento para que te des una idea...

**Okey...**

El servicio de rehabilitación pertenece a un departamento. ¿Viste como es el organigrama, la estructura del hospital? Tiene departamentos, está la dirección, servicios o unidades, depende si es general o monovalente. El hospital nuestro es monovalente, o sea que solo es de salud mental. En este servicio de rehabilitación dependen las y los T.O, la mayoría son mujeres en terapia ocupacional, musicoterapeutas, y técnicos (técnicos son les profes de educación física, los y las que dan los cursos de capacitación, que son cursos que están vinculados con el gobierno de la ciudad como de oficios...)

¿Como de salida laboral?

Claro, sí, sí, tienen el título de peluquera, pero no es que diga del Moyano. Es del Gobierno de CABA, bien no sé cómo es el convenio con el ministerio de educación, en ese terreno no tengo mucha idea qué tipo de categorías hay. Hay un montón de cursos de formación. Esto depende de rehabilitación: peluquería, repostería, cocina, costura... Les profesionales de rehabilitación, los técnicos trabajan más a nivel central, se quedan ahí en el servicio de rehabilitación con los talleres de formación, y les profesionales trabajamos a nivel central (ósea, físicamente se da en ese lugar) y en servicios. Nos insertamos en un equipo de profesionales de otros servicios (de internación o ambulatorio) que tenés de ambulatorio son consultorios externos y hospital de día. También tenés hospital de noche, que van a dormir a la noche y durante el día trabajan, estudian... Después están los de internación de corto, mediano y largo plazo. Entonces, además de pertenecer a rehabilitación, pertenecemos a otros equipos de otros servicios donde hacemos clínica. En líneas generales, es mucha información (risas). Ahí trabajo hace muchos años en hospital de día ambulatorio, tengo etapas: a veces trabajo en servicios de internación a largo plazo, después tenemos otra área que son talleres terapéuticos expresivos. Tengo un montón para contarte, es medio largo, si vos querés pararme parame porque sino me voy....

**¡Si, si, contame! Un poco a eso iba mi siguiente pregunta. Como era la modalidad de trabajo con les usuaries, y un poco ya me estuviste contando de los equipos de trabajo. ¿Depende del servicio como se conforman esos equipos de trabajo?**

Y si, depende del servicio y de los recursos humanos que haya, de los profesionales que haya, depende del jefe lo que vaya consiguiendo. Ahora está todo como más estandarizado, ya no es más por contactos: si ahora tal servicio necesita un psicólogo y ese cargo va a ir para ese servicio... al profesional que recién ingresa lo ubican por una demanda real, no porque quiera el jefe de servicio. Hospital de día es super completo, tiene una gran cantidad de psicólogos, terapeutas ocupacionales, musicoterapeuta, psiquiatría y trabajo social. Después los demás servicios están medio desmantelados, no hay mucho... pero bueno. T.O hay bastante, psicólogos también, musicoterapeutas somos 6 así que... ya imagínate: una población... (¿ahora cuantas pacientes habrá...?) Ya medio que perdí el número. Yo no sé si llegan a 600. Pero bueno, 6 musicoterapeutas para un hospital tan grande, queda muy poco. después también hacemos atención individual, o pequeños grupos... de cada MT va armando su grupo en función de la demanda o la necesidad que haya en ese momento y por ahí trabajamos no necesariamente en el servicio en el que estamos, sino a nivel central, en la parte de musicoterapia, nuestra área. Que tenemos un equipo de musicoterapia que está internamente reconocido, al coordinador, que sería C. B., no está en estructura por eso sería un reconocimiento interno. Entonces en ese lugar físico tenemos consultorios, instrumentos, y algunos de nosotres por ahí arma su grupo y con determinados objetivos según la demanda, lo que vaya surgiendo. Tenemos también talleres, que ya tiene que ver con un encuadre de taller, tenemos un coro, que eso también es un trabajo que iniciamos hace mucho, que tiene que ver la integración comunitaria, pero al principio tenía que ver con la dinámica intrahospitalaria. Esto fue en los años 90, casi finales, para el dos mil... que también ahí ya veníamos trabajando hace bastante con lo comunitario. Después también tenemos un taller afuera con C., en un centro cultural, que es de integración comunitaria y promoción de la salud. ¡Hay una gran variedad! Yo también trabajé en clínicas privadas, un montón de tiempo. Muchos años estuve, diez, quince años trabajé en adultes mayores como diez años en una residencia; después trabajé en clínicas psiquiátricas, que te decía, diez quince años en cada una, toda zona sur en provincia, y después en estos últimos años también estaba trabajando en consultorio particular digamos.

**¿Y trabajaste en simultaneo en privados y en el hospital?**

Si, sí, sí, siempre. Si porque el cargo en el hospital empecé en el año '94 hasta la actualidad. Porque es un nombramiento en relación de dependencia, que ese no lo dejás... por nada (risas). Salvo que te vayas a otro país (risas) o digas "bueno, me voy a otra provincia" o buscas la manera de que los aportes sigan. Acá en Argentina es todo tan frágil que una vez que tenés algo fijo, no lo largas por nada. Por lo menos en su momento... todo lo que yo hice fue en simultaneo. Sobredosis de salud mental.

**¡Sí, es un montón!**

Después empecé a dejar, porque era mucho viaje y trabajar todo el día en salud mental... y llegó un día en que dije bueno, no es muy redituable andar viajando todo el día, así que me cansé. Y me quedé con el hospital, y te decía, con esto también estuve trabajando mucho con la voz, dando clases de canto... después fui docente de la UBA, estuve diez años en la UBA en una práctica ... 210 creo que es. Ahora está A. C. ¿La conoces?

**¡Sí! ¡Ya la entrevisté!**

Ah mira, bueno, somos compañeras.

**Si, me dijo. También me contó que son seis en el servicio que también está Laura Rossi, ¿puede ser? Si, me anduvo contando algo.**

Bueno, no sé si querés seguir vos preguntándome ...

**Ya me contaste un poco como trabajas y trabajaste, me interesa saber un poco el proceso de debate de la ley, que calculo que habrá sido entre 2009, 2010, hasta que se lleva al congreso, quería saber cómo se vivió entre los profesionales, como lo vivieron adentro del hospital...**

Mira, nosotres desde el equipo de musicoterapia no participamos en lo que fue directamente, porque no tuvimos ninguna convocatoria. Ahora estamos super atentos y atentas a todo, en relación con lo que tiene que ver con las leyes y bueno, con lo que tiene que ver con la Asociación (estamos federados en una asociación de profesionales del Gobierno de la Ciudad), y estamos en el tema de todo lo que sale. Cuando hay una modificación de la ley, como hubo con la modificación de la carrera profesional, la Federación estuvo sentada con la gente del Gobierno de la Ciudad para que no nos modifiquen artículos de la ley y que vaya en detrimento de los trabajadores. Entonces ahora sí estamos re metidos. Pero en esa época no estábamos tan vinculados con el proceso de la ley. Entonces ni fuimos convocados, o sea lo

que sí estábamos trabajando hace un montón nosotres era con SALIR y la desmanicomialización... nosotres estábamos trabajando, desde nuestro perfil, desde que yo ingrese. Nuestro perfil interno siempre fue ese. La estructura y la idiosincrasia de cómo funciona la institución, seguro te lo debe haber dicho A., siempre funcionó como una institución total, manicomial. Antes incluso desde la misma dirección, paternalista totalmente... bueno, eso después se fue modificando, ahora es medio un como sí... Tuvimos en un momento una dirección que fue un interventor, que justo es un médico del hospital, Cafferatta, como que dio piedra libre para que hagamos todo afuera (risas) se dio justo con la ley y empezaron a abrirse y a poder salir del hospital y trabajar en talleres extramuros o dispositivos, mejor dicho, que nos habilitaran... Después está toda la cuestión burocrática de “en calidad de qué salís y trabajas afuera” siendo que... esa cosa a la antigua de que tenés que firmar la carpeta en el hospital y si no cumplís el horario en vez de fijarse el contenido... Viste que dicen: “¿y como sé si está trabajando?” ... esas cosas de antaño que es cumplir más un horario y no les importa lo que haces en el medio... Así que toda esa parte de elaboración de la ley, y debate, nosotres desde mi registro (no sé qué te habrá dicho A.) yo por lo menos desde lo personal y profesional, no participé en nada.

### **Claro**

No sé si las chicas, A.,...

**A. me dijo lo mismo, desde su recuerdo en ese momento, tiene esa misma percepción: ella no participo y a los musicoterapeutas no se los convoco.**

Claro...

**Pero no me dijo que ya venían trabajando desde esa perspectiva.**

Y sí... depende de cada una. Ella estaba trabajando en los servicios de internación que después también fueron incorporando diferentes dispositivos. Acá lo que pasa es que estábamos trabajando en un momento la idea, por ahí no el hospital en sí mismo, estábamos trabajando con un perfil, con esa idea de poder de a poco ir saliendo. Siempre las ganas las tuvimos y hemos hecho diferentes acciones con lo que teníamos en el momento con la capacidad que teníamos en el momento, con el contexto que teníamos social, económico, cultural y todo. Siempre tuvimos desde el

servicio de rehabilitación la jefe depende un poco la época no (¿??) ... por lo menos desde el equipo de musicoterapia la idea fue siempre hacer actividades y tratar de romper con lo manicomial. Porque por ejemplo, si bien ahora te parecería (si vos lo ves lo que se hacía) como que ahora la modalidad es otra, pero el servicio de rehabilitación empezó con hacer los talleres en el Club Bonanza, que es a puertas abiertas: son talleres abiertos que existen desde que yo ingresé, donde las usuarias que están internadas pueden acceder a un espacio abierto, que cuando quisieran pudieran entrar y salir con diferentes talleres de música, ahora hay teatro, está todo trabajado desde otro encuadre, ir a pintar. Talleres expresivos. Abiertos por la tarde, donde la tarde siempre fue el momento donde la mayoría de les profesionales terminaban, y después era nada... ninguna actividad nada, más abandono todavía. Entonces todos los talleres a la tarde o los fines de semana en este espacio eran un lugar de recreación y resocialización. Y después lo que se hacía eran fiestas invitando bandas, o artistas, cosa de hacer un poco un ida y vuelta de lo de afuera hacia adentro. Después empezamos a salir nosotres a centros culturales como el Centro General San Martín, o había festivales del Borda, que es la Red de Arte y Salud Mental, no sé si conocés...

**¡Ah, mirá! ¿Puede ser que ahí esté el Frente de Artistas?**

Claro. Alberto Saba, uno de los coordinadores de esta Red Nacional de Arte y Salud Mental, estaba bueno, porque el Borda siempre tuvo esa movida de puertas abiertas, donde los artistas ingresaban, hacían talleres, el Moyano siempre fue más... cerradísimo. Cerrado mal, con los directores... El Borda también pero bueno, por lo menos tenía esta permeabilidad de gente de afuera que a veces era demasiado libre, digo porque no había control. Hay que tener cierto cuidado con quiénes pueden ingresar...

**Claro, siguiendo la línea del cuidado de les usuaries.**

¡De les usuaries, claro! Porque en el ingreso poner más instancias... ¡Igual pasa! Pero bueno, por lo menos... Con esto que te decía después fuimos teniendo un trabajo, yo con una usuaria, una cantante lírica: ella había tenido un intento de suicidio, del Argerich la derivaron al Moyano. Una mujer que venía de Italia, que trabajaba como institutriz, un nivel socioeconómico elevado, cantante lírica, cae al Moyano, sin familia... Trabajamos un montón desde lo ocupacional para darle un lugar desde lo que ella podía

brindar. Por eso te digo la integración comunitaria: primero tenemos que hacerlo desde el hospital, tenemos que integrarnos nosotros, sino no podemos hablar de integración comunitaria si los de adentro no se quieren juntar. Hay discriminación de paciente a paciente. Esta mujer, L., justo coincide que el Departamento de Enfermería quería armar un coro. Te estoy hablando a fines de los '90. A mí se me había ocurrido lo de la psicoprofilaxis dentro del hospital: tener espacios para la salud mental de los trabajadores. Y a la vez integrarse con la población, con las personas que están en tratamiento. Todo desde lo musical, sin diferenciación, que todos desde la música podemos estar igual, en la misma calidad de poder compartir. Para trabajar la integración comunitaria dentro del hospital. Bueno, cuando Enfermería propone lo del coro dijimos "bárbaro", estaba bueno. A L. le damos un rol de instructora. L., que estaba internada, su trabajo era ese. O sea: trabajar como instructora para capacitar desde lo vocal a los participantes del coro (y a mí también). Ella me daba clases. Y bueno, le pagábamos, ella cobraba un sueldo. Poquito desde lo formal, desde lo que podíamos pagar desde Rehabilitación, poquito por el puesto que tenía ella, pero después yo le pagaba a ella las clases particulares. Cuando armamos el coro de enfermería tuvimos un montón de problemas, un montón, porque ella era super exigente desde el canto lírico, con una personalidad exigente, perfeccionista, y la gente de enfermería no tenía ganas de tanto. Y aparte que una paciente te baje línea no les causaba gracia. A algunas sí, otras no, y tuvimos que hacer un trabajito desde lo vincular también. Al final C. me dice: "yo me quedo con el coro popular, vos quédate con el lírico". Ahí empezamos a trabajar, a mí me formo un montón. Para ella el coro era muy importante, con sus características de personalidad era una misión de poder formar el coro en el hospital y formar este legado. Yo estaba en sintonía con esto. Más allá de las características más rígidas de la personalidad. Yo a eso no le daba mucha bola, en el sentido de que no me conectaba con eso sino con lo positivo de ella. Y bueno, empezamos a formar este grupito de lírico, fui contactando a otras compañeras de otras instituciones que tenían ganas de estudiar canto para que puedan sumarse a esto que una especie de grupo pequeño, de cámara. Un pequeño repertorio, no éramos profesionales, era muy difícil todo, pero lo hicimos: hicimos presentaciones y se nos cagaron de risa, imagínate en el

Moyano. Les compañeros mediques y todo se cagaban de risa. Escuchar lirico (era de otra época) y decían “esto que es”. Pero bueno, seguimos adelante. C. siguió con el coro popular. Hicimos presentaciones. Yo te digo, eso era para trabajar la integración comunitaria dentro del hospital, y un espacio de promoción de la salud para todes. Todavía no estaba abierto a personas en tratamiento, entonces... estaba ella como instructora. Conseguimos que L. junte plata para que se vuelva a Italia, en barco. La despedimos y todo. Fuimos al puerto. Después ella no se anima a bajar del barco, vuelve, vuelve al hospital. Una cosa re loca, así como de novela. Vuelve al hospital, retomamos el tema del coro, conseguimos que vuelva a juntar plata, y se va de vuelta. Le dejo mi número, ella no tenía celular ni nada, ella consigue un teléfono y me llamó una vez al hospital y que había vuelto, en una de sus vueltas, y no nos encontramos. Así que no supe nada. Dos veces trabajamos desde el hospital para que ella pueda volver a Italia. La cuestión es que después este coro yo lo seguí, y lo abro a toda la comunidad hospitalaria. Esto fue en 2006. O antes. Ya perdí el registro de los años, me tuve que fijar ayer en los proyectos que presenté porque quería pasarte data, en relación con esto que vos decías de la ley. En el 2006 pedí un presupuesto para que me den dinero de COPIDIS, para poder invertir y bueno, ya más o menos en el 2005 comencé con esta idea de integrar a la comunidad hospitalaria. Estaban de todas las áreas. Fue re difícil, les costaba un montón, salir con las personas en tratamiento, con usuaries. La idea era todes. Esto más que nada fue con alguna psiquiatra cantante, por ahí venia algún empleado de limpieza que estaba por ahí y se sumaba. Por ahí esto es un trabajo que hay que hacerlo más en equipo y atacando por todos los flancos, de hablar con cada área y con los jefes, porque por ahí a la gente de enfermería le hacían problema algunos compañeros para poder salir dos horitas para ir al coro y les parecía una boludez: dejar el lugar (perdón el léxico) les parecía que no, que estaban abandonando el lugar de trabajo. Gente que no podía entender cuál era el objetivo de encuentro, de todo el contexto. Esto lo estuvimos trabajando, ¡el coro sigue! Cuesta, pero ahora somos más, está C., está A. S., otra musicoterapeuta del hospital que ingresó hace poco con un cargo, ella es pianista y docente de música. Le encanta todo esto. Hay una T.O que canta y le gusta, entonces hay un trabajo más en equipo. Y con todo esto del coro empezamos a salir. Conseguí dinero,

compré para hacer remeras y carpetas, y empezamos a salir a la comunidad con el coro del hospital, a cantar. Hemos participado de un montón de festivales, en el Centro Cultural San Martín, en “Patás Arriba”, que es otro evento que se hace en diferentes lugares de la comunidad en un mismo día, no sé si lo has visto.

**No, ese no lo conozco.**

Googlealo si querés, así tenés una idea de qué se trata. Así que bueno, con todas esas movidas de desmanicomialización. Y después, marcando un poco en esto de qué pudo influir, por eso yo te decía, ya veníamos con este posicionamiento (por lo menos yo, no sé) también las actividades que se iban realizando eran tratando de salir un poco, de romper con los muros y se hacía con lo que había en ese momento, siempre se fue todo a pulmón, no teníamos presupuesto, nada. Si teníamos que salir se salía con un micro. Después fuimos trabajando que eso era como si fuera llevar un grupo de gente que no les servía de nada, la idea era una persona más en la comunidad con sus derechos activos y bueno: viajar en colectivo, poder ubicarse, como manejarse, el boleto. Antes pagábamos nosotres lo boletos. Y ahora, si bien sigue siendo manicomial, sacando el tema de la pandemia que es otro tema. Así que bueno, con esto de la ley, que te decía, que ahí fue cuando estuvo este director que fue durante un tiempito, muy corto, cuando hubo cambio de dirección, que querían intervenir y demás, provisoriamente estuvo este hombre, Cafferatta, que empezó con una terapeuta ocupacional, a armar varios talleres afuera en el Museo Sívori. Primero eran usuaries, personas en tratamiento, que, con acompañantes, que salían al Sívori a tomar clases de pintura y hacer un taller colectivo. Y después se nos ocurrió, hablando de esto con el equipo de musicoterapeutas, de poder hacer algo fuera del hospital. Surgían las ideas de hacerlo en centros de salud y a mí se me ocurrió hacerlo en un centro cultural, para salir un poco del ámbito de la institución de salud mental, salir de lo que tiene que ver con la salud e ir más al ámbito comunitario y cultural. Y fuimos a un centro cultural, que está muy cerquita: el Centro Cultural del Sur. Ahí hablamos con esta gente a ver si querían tener un taller de canto popular abierto a toda la comunidad, con la salvedad de que nosotres íbamos a ir integrando (bah, iban a ir por motus propio) a personas que estaban en tratamiento en una instancia de integración comunitaria, algunas de alta y otras no, pero ya con esas

condiciones de poder interactuar con otros en grupo. Así que con esto estamos desde el año 2011, en el Centro Cultural del Sur.

**¡Un montón de tiempo ya!**

(risas) Sí, hace un montón. Por eso esto fue justo en la época de la ley de salud mental.

**¿Y les usuarios se copaban con las propuestas que ustedes les daban o había que insistir para hacer cosas?**

No, no, el taller es abierto, es voluntario, cada uno va al que quiere. El taller está en el centro cultural, y después hacemos promoción dentro del hospital. Al contrario, la mayoría quiere salir y quiere ir. Lo que pasa es que después tenemos que empezar a trabajar en quienes sí, quienes no, pero por una cuestión de que a lo mejor después no pueden respetar el encuadre y el contexto grupal.

**Claro.**

Y el taller tiene una funcionalidad que es un taller de canto, porque todas las personas que van quieren aprender a cantar y a compartir y construir un repertorio juntas, se construye con cada participante, pero también hay como un orden desde la coordinación. Hay una secuencia de una pre tarea, un trabajo corporal al vocal. Después proponen su repertorio cada uno y cada una, que hacemos grupalmente también, y después reflexiones. Va la gente del barrio también, como cualquier clase de un centro cultural viste, así es. Para el centro cultural es un taller de canto. El centro cultural lo promociona como promociona un taller de tango o de guitarra. La gente lo ve, y va como cualquier persona a un centro cultural. Nada más que nosotros tenemos esa doble función. Nosotros lo decimos, pero no andamos explicando “esto es un taller...” no. Sí que somos musicoterapeutas y el taller es de canto. Y después van surgiendo cosas.

Y también como ahí hubo toda una cosa de lo casual, después hubo un participante... Hay gente que es un barrio que tiene su población marginal. Y va de todo. O sea, a veces hay gente que está fuera de sus cabales pero que está en el barrio, alcoholizado... tuvimos que filtrar bastante. Medio que en la apertura era no ser exclusivos, pero a veces se ha tornado muy loco. Tienes que estar ahí. Decís “acá sube alguien que está re loco, viene mal” y como bueno, un imán. De todo tipo. Hay veces que aparece alguien que dice: “yo canto en el colectivo y quiero mejorar”. Y justo una vez vino un

chico que era músico callejero pero que estaba en tratamiento por consumo problemático. Y el hermano vio que había un taller de canto. Después nos enteramos de que, en el Bonaparte, que es el ex CENARESO, cerquita del centro cultural, le habían dicho que le busquen una actividad, algo que le guste, cuando le habían dado el alta. Él se integró lo más bien, aparte imagínate los musicoterapeutas a veces estamos cancheros para recibir cualquier persona en cualquier instancia, entonces bueno, la fuimos llevando lo más bien. Y después parece que él le comenta al musicoterapeuta del Bonaparte. Todo esto te digo porque el contexto es muy difícil de explicarte: es un centro cultural y nosotres vamos percibiendo toda esa trama de lo terapéutico, porque tenemos una formación diferente a la de un profe común de canto o de música de un centro cultural, entonces claro, vamos pescando diferentes situaciones que vamos manejando desde lo sonoro y también desde lo vincular. Y lo explícito de lo verbal. Y resulta que bueno, el musicoterapeuta se acercó, empezó a acercarse, a participar y después ya (seguro que si hablás con C. después él te va a contar una versión un poco más dura de la que yo te estoy contando), el musicoterapeuta empieza a traer toda una población de personas que están en tratamiento en el Bonaparte y vienen de internaciones. Y no estaban en condiciones para ese taller. Porque es un taller de integración comunitaria, no podía venir alguien internado. Porque estaba en una internación de consumo, se ponen ansiosos... aparte algunos roban, hemos tenido un montón de problemas. Fue una cosa improvisada cuando se sumó el musicoterapeuta al taller, de esta manera, sumamente informal. Y lo fuimos incorporando, haciendo trama en red con el Bonaparte, con todas las dificultades habidas y por haber. La gente de la comunidad se asusta, tuvimos que trabajar todo eso también. Y con razón, porque algunos iban alcoholizados. No violentos, pero pesados... tocan todo, desorganizados, con un olor a alcohol que te mataba. Tuvimos que trabajar todo eso, porque el taller no era con ese contexto de población. Hay instancias más previas. No podían integrarse si están consumiendo. O por lo menos la reducción del consumo. Pero el espacio hemos sido bastante permisivos: ha venido uno que llevo una botella de cerveza escondida... tomaban durante todo el taller. Para no ser disruptivos y expulsivos, lo hemos trabajado solapadamente, con amor y todo, pero cuesta mucho y hemos perdido una gran población de la comunidad. Del año 2011 a la

actualidad, hemos tenido un montón de etapas. Cada año es distinto. Pero todo va rotando, la gente circula y hay años que un taller tiene un perfil determina, otros otro. Variamos un montón, pero es lo que se construye juntas. Pero bueno, hemos llegado a la conclusión de que a esto tuvimos que ponerle un límite, porque tampoco por ser inclusivos tampoco podemos permitir que el resto salga perjudicado. Hay que poner un encuadre y ciertas características de sociabilidad par apode integrarse a esta etapa, que es de integración comunitaria. Porque te digo, hemos tenido problemas de robos inclusive; no podés estar en un taller pensando que tus propios compañeros te van a robar.

**Claro, no, atenta contra el objetivo principal del taller.**

Sí, inclusive la misma gente de la institución, del centro cultural, le han robado. Gente super humilde, que la está peleando y va un participante (porque se le ocurrió al musicoterapeuta), recién internado lo lleva y roba celulares, y tenemos que poner la cara nosotres y no es fácil. Así que bueno, estuvimos trabajando con todas estas dificultades de lo que es tratar de no ser expulsivos, pero a la vez ir delineando este trabajo en territorio. Viste que tenés un montón de complejidades que son interesantes, pero también hay que plantarse cada tanto, imagínate tantos años hay que replantearse los objetivos, el encuadre, y bueno, eso nos pasa a todes no.

**Y todo es fue más o menos en el contexto a partir del debate de la ley hasta ahora.**

Lo del centro cultural empezó en el 2011, ya estaba la ley cuando empezamos a trabajar en esto. Dijimos “bueno, está la ley, vamos a empezar a hacer actividades que realmente tengan que ver con la ley, con los derechos de las personas en tratamiento”, como esto de alguna manera nos avalaba desde lo legal; como te decía, nosotros siempre tuvimos las ganas y lo hacíamos con los recursos que teníamos y con los permisos que nos daban. Ya no había casi ninguna objeción, estaba la ley, qué te iban a decir. Pero de hecho te ponen trabas igual.

**Si, obvio. Y esto que estuvimos charlando recién es un poco el movimiento desde adentro hacia afuera del hospital, ¿hacia adentro con les usuaries hubo modificaciones en la forma de trabajo?**

Y sí. Lo que pasa es que cuesta muchísimo también porque en realidad acá también lo que pasa, por más que trabajemos adentro, no están los recursos

que la ley propone: no están los dispositivos intermedios en la comunidad. Por más que trabajemos dentro del hospital la posibilidad de ejercer derechos como ciudadanos activos, después en la práctica es difícil porque no lo pueden hacer tanto, porque no tiene donde vivir afuera. Lo pueden hacer desde adentro, pero siguen siendo personas que están viviendo en un manicomio.

### **Termina resultando una ficción.**

¡Igual se logran un montón de cosas! Porque las personas, con ese trabajo de hormiga que vamos haciendo entre todes, tanto las usuarias como les profesionales, el personal y todos los que tengan ganas y voluntad de hacerlo, las personas en tratamiento van adquiriendo otros recursos yóicos y sociales que enriquecen su existencia de alguna manera. Pero bueno, terminan viviendo en el hospital, se enriquece la existencia... también está la radio que esta buenísima, FM SATE. No sé si la conoces, que hace un trabajo bárbaro justamente en pos de los derechos... Pero después esto que te digo: en la práctica esa persona termina viviendo en el Moyano; la existencia se enriquece pero ya también el posicionamiento de la mayoría de los profesionales es un posicionamiento humanista, de estar a la par como persona a persona. No verticalista del que padece. Pero bueno, vos después te vas y la persona termina viviendo allí. En un lugar que es una sala con un montón de camas, con poca intimidad, con un roperito chiquitito, que le roban las cosas. Los dispositivos intermedios desde lo gubernamental no están, ósea, que la ley está, pero no está implementada casi. Porque no le dan la infraestructura para que se pueda plasmar y concretar los derechos que se están manifestando en la ley y las obligaciones que tiene el gobierno también con las personas. Y no se cumplen. Y es todo un lío, y como vos decís, de esa ley se agarran muchos funcionarios del gobierno de la ciudad para hacer proyectos locos, como esta unificación que pretendieron hacer de los cinco hospitales. Acá la pandemia medio que frenó todo, lamentablemente, pero frenó también la unificación que querían hacer del Borda, Moyano y Tobar García, cerrar la calle (que de hecho la cerraron por la UFU) bueno... después hablaban de un proyecto. Fuimos un montón de veces, con la asociación y las otras asociaciones, a hablar con funcionarios, manifestación en la puerta del ministerio, todo para que no hagan estos proyectos alocados que van en detrimento de les usuaries y en contra de la

ley. Supuestamente dicen que va a favor de la ley porque va con la desmanicomialización, pero están haciendo toda una cosa que es más un negociado sin pensar en las personas.

**Claro, piensan más en el rédito económico y político que en realmente cumplir una ley y ampliar derechos.**

Eso te lo puedo asegurar, porque he peleado un montón con todo este tema gremial, y no saben. Hay mucha gente con cargos que no tienen ni idea. No los hospitales: les funcionaries. Que no tienen mucha idea de lo que es la salud mental, lo que son los hospitales en sí mismos. Tampoco se toman mucha molestia. Ahora hay muchos reclamos, con lo cual ya es como que se meten un poco más en tema y aparte la pandemia sacudió todo y todes, y de alguna manera no es joda, hay que darle bola a salud. Pero esto con la salud mental también... con esto de la pandemia hubo todo un retroceso con todo lo de la ley, hablando en estos términos, porque se cerró la salida: nadie puede salir, o quedaste afuera o adentro. Así fue. O sea, las pacientes que estaban con un pie adentro y uno afuera, con permisos de salida prolongado, directamente afuera. Si había una familia más o menos que las pueda contener. Después todas las otras personas quedaron adentro. Con lo cual: se quedaron si talleres, sin grupo (no se podían hacer grupos). Empezamos a repensarlo al toque. Fue a mediados de marzo todo esto, ya en abril yo empecé a trabajar con grupos en internación (con otros profesionales) que dijimos 'bueno, acá no se puede hacer grupo, pero las personas que están acá viven acá: la sala de estar es su casa. Están agrupadas igual, vamos a trabajar allí'. Tenemos que seguir trabajando, abordando las necesidades de la atención terapéutica, de psicoterapia, de encuentro social. Así seguimos trabajando en grupos dentro del hospital, con los cuidados y todo. Aparte había que trabajar con que hay que usar tapaboca, no se puede tomar mate, los cigarrillos, todo eso, estar ahí al lado.

**Para evitar el abandono que se iba instalar si no. No podés abandonar a la gente que queda dentro viviendo... Un poco también la que queda afuera, porque el espacio de contención era el hospital.**

Mira, la gente afuera también. Yo trabajé mucho en el triage, que es donde se tomaba la temperatura y se ordenaba de qué servicio eran para buscar la medicación mensual, y las entrevistas que se hacían en el hall de entrada porque no podía entrar nadie. Entonces ahí yo vi toda la gente haciendo

cola, la gente que veía en los talleres que me decían “ay, Cynthia, ¿cuándo empezamos?” y en el medio de la pandemia imagínate. Era imposible hacer un taller...

### **Menos de canto...**

¡Menos de canto! Imposible. Era muy difícil. Ahora sí, después estuvimos trabajando, de hecho, Analía trabaja mucho con el canto y con toda la distancia y el protocolo... Con esto de la pandemia se vino un poco abajo todo lo que se había trabajado desde lo comunitario. Ahora están surgiendo unos dispositivos que lo están pensando con Agustina Badia, la terapeuta del Sívori, con otro emprendimiento que se llama “Viva Estampa”, están en un centro cultural, también unos dispositivos para usuarias que tengan ganas y que puedan tener acceso a salir del hospital.

### **Claro.**

Ahora con esto de la segunda ola, que están las restricciones, no sé cómo va a seguir...<sup>2</sup> Así que veremos. Un poco fue un pantallazo. No sé si querés preguntarme algo más...

**¡Es un re-pantallazo! (risas) Pensaba en que la parte de la ley de los dispositivos intermedios no se cumple, pero las internaciones breves...**

**¿eso ya sí se cumple?**

Sí, obvio. Pero hay internaciones que igual... A ver... cómo te explico... Las internaciones cortas sí, con gente que recién empieza, digamos, en este proceso del padecimiento psíquico, de la enfermedad inclusive, cosas que van más allá de la contención del contexto y todo... y ayuda a que se evite la crisis. Hay personas que también las tienen y se evita la internación lo más posible. Pero acá aparece otra cuestión, una disyuntiva con el afuera: si no tiene contención es un riesgo. La idea desde donde trabajo (el hospital de día) es trabajar evitando toda la internación posible.

### **Claro**

Se trabaja con la persona conviviente, el familiar, con cualquier referente en la comunidad, con toda persona posible para que no haya internación.

**Pero a veces es necesaria...**

A veces es necesaria. Si la familia y el contexto no ayuda, y es una situación crítica, sí. Ahora, si puede hacerlo desde su lugar, en su casa, con su familia,

---

<sup>2</sup> Esta entrevista fue realizada el 15 de abril, semana en la que en la CABA se dispusieron cierres importantes de actividades debido a la suba de casos de COVID-19.

ir y venirse todos los días al hospital de día, se evita. Y después hay un montón de personas, que están hace un montón de años que no tienen dónde ir. La gente nueva, por decirlo así, en este tema de la salud mental, que tiene sus primeras crisis (lamentablemente, porque a veces son varias) se evita, o con dispositivos cuando una persona joven empieza a tener algunas dificultades es hacer un abordaje intensivo desde diferentes espacios terapéuticos para que una persona no llegue a desarrollar una patología franca, donde ya, quieras o no, es todo ajuste entre el contexto y lo biológico, donde esto último hace daño, y a veces ocasiona secreciones de sustancias que, quieras o no, altera. Por ahí eso se puede evitar si hay un contexto continente, por más que esté la predisposición genética o constitucional. Nosotres tuvimos personas que en hospital de día (muy jovencitas) que trabajamos un montón para evitar que llegaran a descompensaciones importantes, que incluso generan un montón de traumas, de conflictos, de marcas... llegar a una percepción de alucinaciones auditivas o paranoia extrema, una internación, todo eso va dejando huellas. Evitarlo hace que la persona tenga una integración psíquica mas sana. Y eso tiene que tener todo un contexto de diferentes abordajes terapéuticos, diferentes tipos: lo biológico desde lo psiquiátrico con la medicación; la contención desde un espacio individual de psicoterapia; desde lo expresivo y creativo desde la musicoterapia; lo ocupacional, un montón. Y después, toda la otra población está hace mucho tiempo y no tiene donde ir. Así que hay internaciones que son prolongadas. Igual trabajan un montón para darles el alta. Lo que pasa es que después, sino tienen un dispositivo intermedio como las casas de medio camino, residencias protegidas, es difícil ver a donde van.

**O sea, ¿hay cosas que propone la ley que no se van a cumplir hasta que no haya decisión política? Porque no depende solo de los trabajadores.**

Claro, no, no, depende de la política de salud. Porque la ley está buenísima que esté. Pero la política de salud gubernamental es la que hace que se aplique o no. Y te faltan un montón de dispositivos intermedios de salud. Hay igual ahora, hay CESACs, por suerte hay. Pero igual, siempre falta. Lo que es vivienda no hay, entonces es difícil porque ¿cómo hacemos? El trabajo también está difícil entonces: ¿Cómo hacen para pagar un alquiler? Si bien también hay ayudas desde el gobierno para darles dinero para

alquilar... Pero tampoco es que haya mucho. Esa es la dificultad que hay, la ley esta bárbara, pero las políticas de salud gubernamentales no hacen lo que habría que hacer para que se pueda implementar.

**Claro, se quedan cortas. ¿En musicoterapia en Salud Mental creés que hay cosas en las que se pueda seguir profundizando?**

Si, obvio. Mas profesionales, más vale, somos re pocos. Más profesionales, sobre todo en las diferentes áreas, en estos hospitales gigantes también, pero más en los dispositivos intermedios, los comunitarios, donde el musicoterapeuta esté no sólo en el abordaje de la rehabilitación (por decirlo de alguna manera) sino también de promoción de la salud para la comunidad, también trabajar para la comunidad misma, el musicoterapeuta social. Falta un montón.

**¿Es necesaria la relación laboral de dependencia con el hospital para presentar y llevar adelante proyectos comunitarios? Sino es muy difícil, no hay muchos recursos, ni cupos para residentes ni concurrentes.**

No, yo te hablo de cargos que no sean del hospital. El que está en el hospital es para estar en el hospital, o sea... (risas) el tema es ese. Nosotres salimos porque dijimos "hay que hacer algo más" el hospital necesita más. O sea. El hospital está, esté bien o mal, exista o no exista un monovalente. Si hacen algo intermedio y cosas reducidas bárbaro, el hospital Moyano desaparece. Pero si no hacen nada, y dejar a todos en la calle, con poca atención o nula, así no. ¿Qué va a pasar? En relación con las personas que están en tratamiento, no tienen donde ir, qué hacer, atenderse todavía no hay un sistema organizado para que pueda desaparecer el monovalente. Todo lo que quisieron hacer para los generales era una buena idea, pero hubo un montón de fallas que no pudieron articular bien ese engranaje: en los generales lo que es el área de salud mental. Yo lo que decía son cargos en CESACs, en centros de salud, en los CEMAR.

**En la atención primaria.**

Claro

**¿Qué es el CEMAR?**

El CEMAR es un centro... para que te busco la sigla porque esto es medio nuevo. Centro Médico Alta Resolución quiere decir CEMAR. Centro de especialidades médicas. El otro, el CESAC es más básico.

**Claro, ese tiene clínico, gineco, y un par más... este debe tener más especialidades.**

Especialidades médicas ambulatorias de referencia... Ahí hay terapeutas ocupacionales. Todavía no hay musicoterapeutas... Después está el Centro de Salud Mental N°1, que ahí si hay un musicoterapeuta, que es un centro de salud mental comunitario, que es el que está cerca del Pirovano.

**¡Ah si! ¡Lo conozco!**

Así que sí, faltaría mucho, pero bueno, qué le vamos a hacer. Estamos todavía peleándola.

**¿Para lograr la inserción en esos lugares, hay que ir y presentar proyectos? ¿O como es el pedido para que se abran cargos?**

Mira, eso es algo que se tiene que hacer desde lo gremial, desde las asociaciones. Por eso estamos participando con la federación en las paritarias salariales y condiciones de trabajo. Tiene que ver con eso, con estar ahí y tratar de hacer los reclamos, pedir, hablar con funcionaries, presentar proyectos... las diferentes secretarías de atención hospitalaria, desde las áreas programáticas de los hospitales (el área programática a veces coordina los CESAC que competen a la comuna) ... depende, porque la ciudad esta dividida en comunas, pero después están las áreas programáticas. Tiene que ver según el hospital de la zona que nuclea algunos centros de salud que están cerquita.

**Más desde lo gremial entonces. Sí.**

Porque trabajo gratis ya no lo hacemos (risas). Va en detrimento de los cargos: todo lo que es el sistema público de salud no se puede sostener con cargos públicos ad honorem y si no está remunerado (que está mal, como la concurrencia, donde se dice que es por la capacitación pero tendría que ser de alguna manera remunerado económicamente) y también es estar presentando proyectos en lo que tiene que ver con las residencias, poder abrir según los planes de residencias generales plantearlo esto desde la coordinación general de la residencias y concurrencias de musicoterapia y decir: el plan tiene atención primaria pero no tenemos ningún cargo de musicoterapeuta en atención primaria. Empezar a gestionarlo desde ese lugar también. O sea, son estrategias que tienen que ver mucho con los cargos de coordinaciones, como red y con, y desde, lo gremial. Y después los proyectos que se puedan proponer como trabajo interno, trabajo de

hormiga. Por más que vos vayas a un centro de salud y lo propones, pero va a pasar que te hagan laburar gratis y no está bueno fomentar el trabajo así... informal. De hecho, ya inclusive todas las pasantías que había o sos residente o sos concurrente. Listo. No puede entrar más nadie a trabajar sino es por cargos o por pasantías de investigación o extensión universitaria. Pero tiene que haber una figura que desde lo legal que te cubra en todo. Podes presentar proyectos, pero buscando la vuelta de que, de alguna manera, se pueda ir rentando.

**Guau, es un montón. Te voy a hacer una última pregunta: ¿me podrías recomendar algo para leer sobre la temática, que a vos te haya gustado, inspirado...?**

Mirá, todo lo que tenga que ver con lo comunitario desde la musicoterapia: Patricia Pellizari, Rodríguez, Cecilia Isla, Flavia Kingberg. Principalmente fueron les que me inspiraron, sobre todo Pellizari porque empecé a leer todo de musicoterapia social y comunitaria cuando empecé con el tema del coro, en la primera edición del libro “Salud, Escucha y Creatividad” con Ricardo Rodríguez y me pareció re piola, claro y novedoso. Todo lo que tenga que ver con lo comunitario: Stolkiner, Bang, Saforcada. Más que nada esos fueron los autores que me llevaron (hablando en los términos de lo territorial y comunitario).

**Genial. Ya esos siete apellidos son un montón, me encantan.**

Hay un montón para leer, siempre hay un montón. Siempre está bueno no perder esto de estar en contacto con la formación y la capacitación. Siempre vas conectándote con otros que te van enriqueciendo con material. Inclusive con algunas cosas nuevas que van saliendo, reformulaciones, hay que son autores de muchos años y ellos mismo se van reformulando. Como cada uno de nosotros que como perfil musicoterapéutico te vas renovando. Todo te va llevando, el mismo contexto.

**Muchas gracias, Cynthia, disfrute mucho esta charla, me re motiva.**

¡Qué bueno! ¿No te dormiste?

**¡No, no, para nada! Tengo un cuaderno lleno de anotaciones.**

¡Qué bueno!

**Caso MT7**

**Lo primero que me gustaría saber es: de dónde sos, cuántos años tenés y en qué facultad estudiaste.**

Bueno, yo soy del conurbano bonaerense, de una ciudad que se llama Lanús. Pero me vine a vivir a Capital hace 40 y pico de años. Nací en el 58, así que tengo 63 años, me quedan dos años, éste y el que viene, para jubilarme. Estudié en la USAL.

**¿Y tu actual lugar de trabajo cuál es?**

Mi lugar de trabajo es el Hospital Moyano.

**Okey. ¿Como elegiste estudiar musicoterapia?**

Es una vieja historia. No sé bien si lo elegí completamente, o me llevó el destino. Yo venía estudiando música, y un amigo de mi profesor, que era bajista, me dio unos datos para ir a probarme a una banda. Pero esa gente, en vez de decirme “cualquier cosa te llamamos” me vapuleó. Me trataron muy mal, gente muy competitiva, muy poco generosa. Si vos escuchás a alguien que no te gusta como toca, le decís “cualquier cosa te llamo”, no te tratan mal. Yo era chico y fue una situación bastante fea. Ya trabajaba en el hospital y me dije “si no es la música, bueno, será algo que tenga que ver con la música”. Había dos musicoterapeutas en el Moyano (que ya no están más) y les pregunté, y empecé a estudiar musicoterapia. Pero fue como una especie de plan b, ¿viste?, porque en realidad yo lo que quería era ser músico. Igual no dejé de tocar nunca y me considero músico, no sé si bueno, malo, pero la verdad es que no puedo parar, es lo que anima mi vida (además de mis hijas).

**Claro, uy qué lindo. Y ya estabas trabajando en el hospital ¿pero de qué?**

Trabajaba como administrativo, estaba en tesorería. En el año ‘83, hace, este año voy a cumplir 38 años de hospital. El 22 de noviembre. Entré el día de la música al hospital.

**Muchas coincidencias.**

Muchas cosas raras, sí. Y después, otra coincidencia fue que el cargo con el que iba a entrar, era el de jardinero, en servicios generales, para ocuparme del cuidado del parque. Pero como tenía título secundario, me trasladaron

inmediatamente a administración. Muchos años después yo coordiné en el hospital un proyecto de Prohuerta, que dependía del INTA, así que bueno, por el lado de la jardinería, también había algo del destino operando allí.

**Guau, qué interesante. Entonces... empezaste la carrera por estos encuentros con gente que no te trató muy bien... pero ¿cuál fue con tu contacto sobre la teoría de la salud mental?**

Había mucho psicoanálisis en aquella época, en la formación. Y obviamente tuve que hacer toda una construcción posterior cuando me recibí, en aquella época había como una especie de halo y de niebla alrededor de la teoría y la práctica musicoterapéuticas. Vos leías a gente que estaba más o menos cercana a lo que a vos te latía que era lo más verosímil. Entonces leías a Benenzon y te querías matar, y lo leías a Carlos Fregtman y se acercaba un poco más a lo que uno pensaba. Y bueno, después tuve que hacer otro desarrollo porque, de acuerdo con mis ideas, el psicoanálisis era una teoría sobre el concepto de ser humano que tenía más que ver con lo que era la neurosis... y la neurosis en la clase media, ¿no? Yo trabajaba en un hospital donde había gente muy pobre y muy rota, con lo cual el acceso a la simbolización venía medio flojo. Obviamente el psicoanálisis es una teoría muy interesante y muy efectiva para entender muchas cosas de la naturaleza humana, pero bueno, en el caso de la psicosis y en el caso de la marginalidad era como que hacía agua; hubo que hacer otro tipo de formulaciones. Y así es como llegue a Ronald Laing, a Franco Basaglia... otros autores. Y bueno, también, me fui yendo para el lado de la semiología: Umberto Eco, Marshall McLuhan. La aplicación de la teoría marxista también, fundamentalmente en lo que hace al tema de la alienación y la relación sujeto/objeto. A Marx tampoco lo veíamos en la facultad (yo estudié en la USAL).

**Claro, entonces desde el psicoanálisis tuviste que ir reformulando y buscando nuevas formas de poder teorizar lo que encontraste después en el hospital.**

Claro, lo que pasa es que tampoco había muchos modelos para identificarse. Digamos estaba muy desorganizado el corpus teórico de la musicoterapia en

aquellos años. Toda esta cuestión de los modelos de la musicoterapia, que son cinco, ¿no?

**Si**

Empecé a escuchar de esto en el 2000, antes yo no tuve acceso. Uno leía a Thayer Gaston y a otros autores ingleses y se agarraba la cabeza, porque eran muy... ¿cómo es esta definición de la musicoterapia que tiene Juliette Alvin? Habla del “uso dosificado de la música”. Yo me quería matar cuando leía eso, me parecía un delirio lo que esta mujer decía. Lo sigo pensando, obviamente... Porque si pensamos en el uso dosificado de la música, pensamos que la música es un ente *per se*... obviamente la música tiene con qué hacerle frente como entidad a la realidad. Pero bueno, en lo que hace a la terapia es un medio para que se produzca un vínculo. Porque si no, ponemos la radio y nos vamos. Lo dejamos al paciente escuchando música y a casa a dormir la siesta.

**Sí, tal cual. Y entonces ¿cómo empezaste trabajar en el hospital?**

Bueno, ya estaba trabajando en el hospital, en otra área, y cuando me recibí empecé a luchar para que me dieran un lugar, cosa que era muy difícil, con los musicoterapeutas había una muy mala experiencia, una experiencia bastante complicada. Habían sido expulsados de la institución y me costó bastante poder encontrar un lugar y poder tener un cargo profesional. Yo tenía un cargo administrativo y bueno, obviamente era mucho más bajo en salario que un cargo profesional. Pero bueno, lo terminé consiguiendo, con mucho esfuerzo y en aquella época imagínate que no eran muchos musicoterapeutas nombrados con cargo en el GCBA... Cuando yo entré todavía era Nación, después pasó a pertenecer al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Los musicoterapeutas que estábamos en aquella época éramos muy pocos: Malela Pierini, del hospital Elizalde; Rubén Gallardo, del Centro 1; Lidia Romero en el Tobar García; en el Hospital Alvear estaba Cristina Bonanno (hoy fallecida), y yo en el Moyano. Éramos nada más que esas personas con cargo. Y solamente Lidia y yo teníamos cargos de 40 horas, mejor remunerados. O sea que era muy complicado. No sé, ahora habrá más o menos 30 cargos rentados, pero en aquel momento éramos muy pocos. Con el tiempo se fueron formando equipos, se fue incluyendo

gente... en principio en el Tobar y en el Moyano, y entre los rentados más antiguos armamos el plan de residencia (después me aparté por cuestiones personales). Pero bueno, sí, hubo un desarrollo interesante.

**Entonces, ¿cuando vos entraste a trabajar no tenías equipo de musicoterapia? ¿Eras sólo vos en el Moyano?**

No, había otra musicoterapeuta, pero fue expulsada del sistema al poco tiempo, tuvo bastantes problemas. No era muy reconocida la musicoterapia cuando yo inicié. Yo buscaba trabajo, iba a una institución y me decían: “abocate a lo tuyo, estamos cansados de ver musicoterapeutas que le interpretan al paciente. Ustedes no son psicoanalistas, hagan el trabajo que corresponde...” Lo que sucedía, era que en la facultad tampoco te enseñaban el trabajo que correspondía hacer. ¿Entendés?... Hubo todo un desarrollo. Hablando mal y pronto, estábamos muy en bolas cuando nos recibimos. Todo el mundo se llenaba la boca con teorías re profundas, pero nadie te decía cómo trabajar. Fue algo que se construyó. Imaginate, yo me recibí en el año ‘87, y era así. Vos ibas a trabajar a un sitio y lo primero que te decían: “¿vos cómo trabajas? Porque nosotros estamos cansados de los musicoterapeutas que se hacen los psicólogos.” Así que a nivel teórico hubo todo un trabajo que tuvimos que hacer... para bien o para mal, tampoco voy a voy a decir yo soy el creador de una teoría musicoterapéutica. Simplemente construí un modelo de abordaje a partir de mi experiencia y de lo que yo entendía que se trataba.

**¿Entonces la modalidad de trabajo con los otros profesionales dentro del hospital existía o no había forma de trabajar con ellos?**

Sí la había. Vos construís un modelo de trabajo y como podés lo transmitís. Yo empecé a escribir, se me daba bien la escritura y empecé a presentar trabajos en los congresos. A veces hay que traducir al idioma de los médicos y de los psicólogos la forma en la que vos trabajás. Hasta que empezás a construir un lenguaje que sea comprensible y a la vez tu propio lenguaje. Porque el lenguaje hace a la realidad. No cualquier palabra puede describir una realidad existente. Por eso, hoy por hoy, el uso del lenguaje inclusivo tiene tanto valor: porque nos dimos cuenta de que el lenguaje dominante era macho-céntrico. Por eso es tan importante desarrollar un lenguaje que dé

cuenta de una nueva realidad. Entonces la musicoterapia también tenía que inventar un lenguaje nuevo.

**¿Y con los pacientes cómo empezaste a trabajar?**

Bueno yo tenía afinidad con la teoría de Pichón Riviere. El Grupo, la forma en que los integrantes se relacionan, liderazgo, todo lo que ya conocés de los grupos y el concepto de fantasía inconsciente de Anzieu. Eso fue, digamos, como mi punto de partida, aquello con lo que yo simpatizaba ideológicamente, porque era lo que más se acercaba a lo que yo creía que era la realidad. Y entonces me sirvió, pero después hay que despegar, hay que crear un lenguaje nuevo, que tenga más que ver con este aspecto de la musicoterapia que es el producto expresivo, la forma expresiva.

**¿Y esto fue a partir del año '88? ¿Desde el '88 no dejaste de trabajar en la clínica?**

Bueno, hace unos años que yo dejé de hacer clínica y empecé a trabajar sólo en el ámbito comunitario, de acuerdo a la ley 26657.

**Bueno, mencionaste la ley, a eso iba: ¿con el debate, antes de la sanción, vos sentís que pasó algo en el hospital?**

Mirá, yo empecé a trabajar con la Ley 448 en el año 2000. La ley 448 es la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Y fui invitado a participar de la redacción de la ley, junto con un colega del hospital. Estuvimos en los debates, etcétera. No tuvimos tanto lugar con la ley nacional, pero obvio que estábamos de acuerdo con lo que expresaba. La ley fue redactada por Gorbacz, un psicólogo de Tierra del Fuego, militante del ARI en aquel momento, de Lilita Carrió. Después empezó a militar (o por lo menos empezó a aportar su trabajo) en el Frente para la Victoria.

**Sí, exacto.**

Y fue sancionada en el 2010... No... antes.

**Sí, sí, en el 2010.**

En el 2010 fue sancionada la Ley de Salud Mental. Lo que sucede con las leyes es son instrumentos: la ley por sí sola no cambia nada. Si vos compraste un revolver y lo guardaste en una caja fuerte, cuando entran los

ladrones y les querés hacer frente, no podés porque el revolver esta guardado, ¿no? El revolver sirve... bue, mira, justo qué ejemplo feo, pero bueno: un arma, un instrumento sirven en la mano de alguien, si cuelgo la guitarra de un gancho en la pared y no la toco nunca, nunca voy a poder ser guitarrista. Y lo mismo pasa con la ley 26657. Tiene que haber una voluntad política para que la ley se cumpla, pero también tiene que haber mucho trabajo de la base, de la base en todo sentido: no solamente el profesional sino la comunidad misma.

**¿Sentís que hubo falta de trabajo de parte tanto de los políticos como de los trabajadores?**

Sí, sí, obviamente. Digamos, mucha gente se queja del tema de la implementación... más que de la implementación, el tema es la financiación porque, para que una ley se cumpla, tiene que haber financiación. Yo te diría que, más o menos cuando salió la ley, hubo un ingreso de muchos profesionales de las áreas de salud mental alternativas (además de los médicos y los psicólogos): musicoterapeutas, terapistas ocupacionales, trabajadoras sociales. Que seríamos los profesionales más adecuados para llevar a cabo este trabajo. Así que financiación hubo, yo no puedo decir que no hubo nada de financiación. De hecho, el taller que coordinamos con Cynthia Glize, tuvo un aporte de la COPIDIS para que nosotros pudiéramos comprar instrumentos e insumos, la verdad que a nosotros nos vino bien eso. Pero hay que ver el color político y bueno, la derecha obviamente quiso volver atrás lo que la ley 26657 proponía. Vos fijate que en los años del macrismo hubo un proyecto, creo que de Manes, el neurobiólogo, que pretendía constituir Moyano, Borda y Tobar en un Polo Neurocientífico. Si hablamos de neurociencia, así como el centro de la discusión de la salud mental, estamos dejando de lado la ley y estamos dejando de lado lo comunitario, ¿no? O sea: es volver desde este lugar del padeciente psíquico al de enfermo mental. Son dos paradigmas diferentes: el sujeto, usuario de los servicios de salud, como un sufriente psíquico, o enfermo mental. La “enfermedad” como tal es patrimonio, es el kiosquito del médico.

**Recién dijiste que los musicoterapeutas, las terapistas ocupacionales, las trabajadoras sociales son quienes estarían más... me sale decir capacitados porque no me acuerdo la palabra que dijiste...**

Sí, sí, sí...

**Que están más capacitados para llevar adelante, para tener como herramienta de trabajo esta ley. ¿Por qué lo decís?**

Lo digo porque apuntan a tratamientos personalizados, a tratamientos que tienen que ver con dos aspectos: las habilidades productivas, o sea habilidades laborales, y las habilidades sociales, los recursos sociales. O sea, para poder trabajar y poder socializarse. Mirá: un médico que fue director del Borda, Miguel Ángel Materazzi, hablaba de la terapia de las tres T, para tratar a los padecientes psíquicos. Esto es: techo, trabajo y trama social.

**Ajá...**

O sea, es importante que tengan un lugar en la sociedad, y no adentro de un hospital; trabajo, porque el sujeto tiene que producir al menos lo que consume. Y después la trama social, alguien con quien contar, alguien a quien amar. Bueno, es un poco lo que decía Freud: amar y trabajar, son las dos condiciones para la salud mental. Así, básicamente te lo digo.

**Claro.**

La ley lo que entiende es que la enfermedad mental se produce en un vínculo. Digamos, en la disfuncionalidad de un vínculo. Entonces a través de la recuperación de los vínculos es como el sujeto recupera el equilibrio.

**Sí. ¿Es por estas razones que vos decidiste pasar a trabajar en lo comunitario?**

En lo comunitario no se profundiza en cuestiones demasiado personales, porque se trabaja más sobre el vínculo, situaciones vinculares reales y complejas. La clínica profundiza más en otros aspectos. Lo comunitario tiene más que ver con cuestiones prácticas de comunicación *in situ*. De vinculación. Obviamente no es una o la otra. Una es complemento de la otra. Hay una dialéctica, o una red de significación, una red de atención. También es importante la psicofarmacología. Yo no estoy en contra de la psicofarmacología, sí como única opción. Estoy totalmente en contra de cualquier tipo de tratamiento biológico que se erija en un único discurso. Obviamente que hay un trípode: la psicofarmacología, la psicoterapia y la rehabilitación. Y dentro de la rehabilitación está lo comunitario.

**Estaba pensando.... No te pregunté: ¿en qué servicios trabajas, o por qué servicios pasaste?**

Uf, en 30 y pico de años anduve por todo el hospital.

**Claro.**

Estuve en Terapia a Corto Plazo, estuve en Guardia, estuve en Admisión, Geronto-psiquiatría, en servicios de crónicos... llevaba a cabo talleres intrahospitalarios en el Club Bonanza, en Clínica Médica. En área programática, de esta área depende el taller en el centro cultural. Además de haber estado en otros trabajos por fuera del hospital y haber tenido otras experiencias en otras especialidades, también. Imaginate, casi 40 años de servicio.

**¡Sí! ¡Es un montón! Por eso primero iba a preguntar en que servicios y después pensé “no, debe haber atravesado todos”. Te pregunte por el antes de la ley, y me dijiste que no se los convocó para el debate...**

Para la ley nacional, no. Para la de la Ciudad, sí.

**Claro, para la nacional... y después de la sanción (en el tiempo de la aplicación) ¿cómo fue ese proceso?**

Mirá, nosotros ya veníamos trabajando en el área comunitaria, por ahí sin tanto apoyo... preparando a las pacientes e integrándolas a la comunidad. No demasiado sistemáticamente, hoy está más sistematizado el trabajo. Al paciente no solo hay que tratarlo desde la clínica para que sea independiente, sino brindarle las posibilidades para que pueda hacerlo efectivamente. Hay una palabrita que a cierto sector de la clase media argentina le molesta mucho, que son los subsidios. Vos fijate que los subsidios son los que permiten que una persona se vaya independizando. Uno no larga a su propio hijo a la calle y le dice “¡bueno, arreglátelas!” Hay un acompañamiento, un proceso de independencia de un joven, de un adolescente; es un proceso que lleva tiempo y es una transición que va de la dependencia a la independencia. La independencia no es un acto, “¡9 de julio de 1816! ¡Ahora somos independientes!” No. Es un proceso. Y obviamente tiene que haber una ayuda del Estado, tiene que haber una voluntad del Estado para que esto suceda. Sino, todo queda en las buenas

intenciones y las palabras huecas. Tenés que acompañarlo al paciente. Hay un proyecto: ¿dónde está el dinero para acompañarlo? Si no está la plata no se puede. Tenés pacientes internadas, la idea es que hagan un taller en un centro cultural y bueno, primero fijate la posibilidad de llevarlas, acompañarlas, que vaya algún profesional con ellas... que empiecen a manejarse en colectivo, por ahí necesiten un pase gratis para viajar en colectivo. Para un taller necesitás insumos. Los primeros años del hospital iba con mi guitarra y mis instrumentos. Hasta que pude empezar a tener un presupuesto propio a partir de organizar un recital a beneficio del hospital. No puede ser que el profesional pague los insumos, tiene que haber una institución que provea esto. El médico no compra los medicamentos que administra. Los provee el hospital.

**Sí, claro...**

Obviamente un discurso centrado en la psicofarmacología considera que todo lo demás es subalterno, sirve, pero hasta ahí; obviamente el dinero se va a invertir en psicofarmacología, lo cual es un negocio para cierta gente.

**Estoy pensando como formular la siguiente pregunta...**

Como salga, la vamos construyendo entre los dos.

**Jajaja, okey. Entonces: ¿después de la sanción lo que faltó fue presupuesto para adecuar la institución a lo que se proponía?**

Hubo momentos y momentos. Al principio hubo una inversión muy grande. Te doy un ejemplo: había un emprendimiento de panificación. Las trabajadoras, hasta que se pudieran independizar, cobraban un *Plan Trabajar*. O sea, estaban subsidiadas. El proyecto incluía gente de la comunidad que estaba sin trabajo, entonces el Estado les pagaba un subsidio. Entre el subsidio y lo que producían, hacían una diferencia. Lo mismo con las pacientes. Lo que pasa es que todo eso es transicional. La idea no es que trabajen toda la vida siendo subsidiados. Tiene que haber un profesional que vea que el proyecto se esté desarrollando como corresponde. Así como eso, hubo también emprendimientos artísticos, que se fueron definiendo más hacia lo artesanal. Las pacientes concurrían, coordinadas por una T.O. al Museo Sívori, que es un museo de bellas artes, y terminaron organizando un taller y vendían la producción. Yo en su momento coordiné

un proyecto de huerta orgánica, con ingreso de dinero para las pacientes, a partir de la venta de la producción. Ahí recibí poco apoyo, solamente el apoyo que daba el INTA en cuanto a las semillas y la formación, pero parte del dinero lo puse de mi bolsillo. Fue un proyecto muy lindo y hubo pacientes que se fueron de alta y se fueron con un trabajo, porque habían recuperado las habilidades para hacerlo.

**Claro... pero en general pasa eso, falta el acompañamiento colectivo.**

Todo depende de lo que es urgente. Obviamente en el 2015 (yo hablo de política porque no está divorciada de lo que es la realidad de los hospitales), hubo un cambio diametralmente opuesto. Vos fijate que el ministerio de salud paso a secretaría.

**Sí...**

En el 2015, de la ley 26657 pasamos al proyecto del polo neurocientífico. Obviamente, incluso apoyado por musicoterapeutas. Yo estoy cansado de escuchar a musicoterapeutas que sostienen el modelo médico. La verdad es que yo me quiero matar cuando escucho eso. Hay muchos que piensan así. No son excepciones. En este momento, por más que exista la voluntad política de financiar programas que promuevan el alta del paciente, esta desconstrucción del rol del paciente/enfermo mental a integrante de la comunidad, estamos pasando por una emergencia. Se continúa con un modelo paternalista porque el paciente no puede salir a la calle. Por lo menos está contenido dentro del hospital. A nivel macro todos los esfuerzos económicos deberían ir al IFE. Todos estos subsidios para toda la gente que no tiene oportunidad de trabajar. Que son muchos. Hay cada vez más gente durmiendo en la calle, pidiendo, vendiendo cosas. Así que bueno, nuevamente volvimos a caer en esta cuestión de ocuparnos de lo urgente. Es terrible. En este país volvemos otra vez a equivocarnos. Obviamente que hay un montón de intereses. Ayer escuché a un periodista de derecha decir que necesitábamos buscar una salida autoritaria, es decir un golpe de estado.

**Eso es terrible.**

¿Longobardi se llama ese personaje nefasto?

**Sí... es él.**

“Tiene que haber una salida autoritaria” decía. Es de terror... en este país vivimos en guerra permanente. En este país y muchos otros. La historia sigue siendo la historia de la lucha de clases.

**Sí, no sólo en este país, en la región.**

En la región, obviamente. Hay un documental que te recomiendo que se llama “Exterminate All The Brutes”. “Maten a todos los salvajes”. Es un de un haitiano (afroamericano) que vivió desde muy joven en Norteamérica y habla sobre la explotación y el genocidio. Y bueno, en Estados Unidos todavía se está luchando contra el genocidio. Contra el genocidio de los grupos étnicos que no corresponden a la definición de lo que es el norteamericano modelo, el WASP: el White, Anglo-Saxon, Protestant. Todavía estamos viviendo esto. Y estamos hablando de un país...

**...Que es potencia.**

Claro, el primer país del mundo, el más poderoso.

**Qué nos queda a nosotros...**

Claro, la lucha es esa. La lucha de la salud mental está incluida en esto. Porque lo que vos vas a ver en el hospital no es solamente pacientes esquizofrénicos, vas a ver pacientes esquizofrénicos pobres. Es la locura más la pobreza.

**Como decía Basaglia.**

Como decía Basaglia. Hay un libro que se llama “La Condena de ser Loco y Pobre”. Si dejamos de lado la cuestión social estamos proponiendo un paradigma rengo. Un paradigma al que le faltan piezas. Estamos desconociendo la situación social. Y eso es inaceptable. Así que bueno, te recomiendo ese documental, que es muy interesante. Creo que es de HBO.

**Algo que seguía a una de las últimas preguntas, y vos lo mencionaste. Te cuento la secuencia que armé recién para darte la pregunta: mencionaste a Franco Basaglia y el libro “La Condena de ser Loco y Pobre”. Él, en ese libro, primero habla del rol de control que tiene el hospital sobre los enfermos que caen el hospital monovalente y habla del trabajo de los técnicos. Yo quería saber que pensás vos sobre ese rol, y si creés que nosotros los musicoterapeutas ejercemos ese rol.**

Basaglia retoma la idea de otros pensadores que tienen que ver con Foucault, otros pensadores que no me vienen a la memoria ahora. Hay uno que habla del concepto de “agente del consenso”. Lo que hace el Estado es vigilar y castigar. O sea: alguien viola el contrato social, ya sea económicamente o intelectualmente, con su paradigma de la realidad diferente al dominante... y es amputado de la sociedad, es discriminado. Nosotros, dentro de este sistema de control, de vigilancia y castigo, vendríamos a ser una especie de carceleros. Esto lo expresan muchos autores. Yo creo que una discusión que se centre en la técnica y no en una mirada más macro de la salud mental, es una mirada de resistencia al cambio. Creo que los musicoterapeutas vivimos perdiendo el tiempo sobre discursos técnicos y dejamos de lado cuestiones más profundas. El año pasado fui a dar una charla y hablé de la relación terapeuta-paciente como una relación de poder. Y había como una inquietud, inclusive hasta de la persona que me convocó, una inquietud basada en que yo no estaba contando cómo trabajaba. A mí me pareció muy interesante hablar del vínculo terapeuta-paciente como una relación de poder, inclusive había hecho un trabajo acerca del libro *Sobre el Poder*, de Byung-Chul Han. Y bueno, había como una sensación, como que no había dicho nada, o como que no había dicho todo. Porque parece más interesante saber qué técnicas son las que yo uso. Yo me acuerdo de que cuando estudié, un docente propuso la técnica de sono-maso-terapia. Tus compañeros venían y te tocaban la flauta a dos centímetros de la piel, venía otro y te golpeaba con unos palitos. Y eso supuestamente era una técnica musicoterapéutica. A mí me parecía un delirio hippie mal. Y en eso nos basamos, en vez de pensar en una cuestión más profesional (ya que somos profesionales, no técnicos) y terminamos siendo totalmente bizarros. Otra técnica. Fabricación de instrumentos musicales: agarramos un frasquito de yogur, le ponemos semillitas y piedritas y el paciente..., no, no, no. A mí me parece que es muy bizarro, es muy bajo eso. Yo creo que en lo que hay que pensar, es en la forma expresiva, el producto expresivo como una objetivación de la experiencia subjetiva, y trabajar simbólicamente sobre esto, en una dialéctica sujeto-objeto que permita un proceso de deconstrucción/construcción. Después si tocamos el frasquito de yogur con piedritas, o si le soplamos la flautita y le movemos el pelito en la nuca, me

parece secundario. No secundario, de cuarta. Entonces, pensar en términos de técnica... Lo que creo que hay que pensar es en una praxis, en qué es la praxis musicoterapéutica. Y que la técnica, en todo caso es dar lugar, inaugurar este proceso que se produce a partir de la relación del sujeto con el producto sonoro.

**Ajá.**

Esa sería la técnica. Así como uno puede pensar que en el psicoanálisis, la técnica es la asociación libre. Sí, algo más general, más genérico. Qué sé yo. Uno dice: la técnica es componer canciones. Bueno, obviamente que los musicoterapeutas hacemos canciones con el paciente, pero está supeditado, es una estrategia que surge de una metodología que tiene que ver precisamente con este proceso que se produce en la relación del sujeto con el producto.

**Ajá, sí. Esto último que vos dijiste ¿lo pensás sólo para el ámbito de la salud mental o para todos los ámbitos donde están los musicoterapeutas?**

Lo pienso para el ámbito de la salud mental, y sería interesante ver otros profesionales qué desarrollo pueden hacer en otros ámbitos. De cualquier forma, en salud mental, en geriatría, en educación especial, hay un sujeto que está roto. La cuestión social también, en lo comunitario. Hay un sujeto que está roto desde algún lado. Y esta reconstrucción se puede pensar de la misma forma. De todos modos, cuando yo hice estos desarrollos los hice en una obra que se llama “Musicoterapia en rehabilitación psicosocial”, que es un libro que editó *Letra Viva* y bueno, yo lo presento más que nada como mi propia experiencia. Es un libro testimonial. Yo no pretendo hacer ningún tipo de teoría. Porque ya hay mucha gente que quiere crear las nuevas biblias y las nuevas tablas de Moisés. En realidad, a mí no me interesa eso. Yo hablo de lo que viví todos estos años y no pretendo decir que es la verdad revelada. Y el subtítulo de mi libro es “apuntes para su conceptualización”. Fragmentos o ideas como para pensar en una teoría. Mi experiencia, lo que yo viví, cómo yo trabajé, y si a alguno le sirve, bienvenido sea, pero mi idea no es convertirme en un nuevo Amo de la musicoterapia. Ya hay demasiados amos dentro de la musicoterapia.

**Sí... (risas)**

La verdad es que son patéticos, la mayoría dan lástima, pero bueno. Perdoname, yo soy así... Me sale siciliano de adentro, es algo incontenible. Mirá, cuánto hace que estamos hablando... todo este tiempo me estuve controlando, ahora se me escapó el enano fascista siciliano.

**No, está bien. Yo intento como no...**

Censuralo en tu desgrabación (risas)

**No los quiero censurar, no quiero que se controlen en sus palabras. Intento controlar mis expresiones pero soy muy expresiva entonces... trato de controlarme para que ustedes no se autocensuren en general. Pero a veces no me sale.**

Yo debería autocensurarme un poquitito más, ya que hablo sobre la comunidad y el vínculo, debería ser el primero que tratara de generar un vinculo sano. Tanta vehemencia no genera un vínculo sano. Será la pandemia, estar tanto tiempo encerrado, que perdí mis habilidades sociales.

**Todes perdimos un poco los filtros y los hábitos de comunicación. Me reconozco en esto también.**

Si uno habla de teoría en bermudas y en ojotas es muy probable que esto suceda, ¿no?

**(risas) No pasa nada. Bueno, recién mencionaste a la comunidad de musicoterapeutas y me gustaría saber, ahondar un poco más, en qué crees que, a la comunidad, le falta para seguir pensando y aportar.**

Es un tema delicado, porque la verdad yo no soy quién... puedo dar mi modesta opinión. Me parece que nosotros tenemos una ley de ejercicio de la musicoterapia que habla de recursos musicales... En principio me parece que hay muchos colegas que se jactan de la falta de recursos musicales. Hablan de la musicalidad clínica y a mí me parece que para poder trabajar con música tenés que ser músico. Sino ponete otro nombre. Hacete llamar chin-chin-terapeuta, frasquito-de-yogur-con-semillitas-terapeuta. No te llares musicoterapeuta. A ver, yo no estoy vendiendo que soy un gran músico y que después de Bach, vengo yo. Pero con mis falencias, o como sea, siempre aposté a la música, y nunca me jacté de lo malo o buen músico

que era. Pero me parece que tiene que haber una identidad musical arraigada. Para no perder el rumbo. Creo que, de alguna manera, inconscientemente, había mucha gente en contra de una ley de ejercicio profesional porque entendía que iban a ser limitados por esta ley, precisamente por la falta de formación. Pero está dado por una realidad que tiene que ver con que no hay una exigencia para ingresar a la facultad con conocimientos musicales, y la facultad tampoco los brinda. Yo pasé por un examen de música que fue bastante exigente, de hecho, no me saqué un diez. Y cuando la UBA inició la carrera, tenías que ser profesor de música. Tenías que tener un título. Después, cuando vieron que nadie se inscribía, bajaron la exigencia... De hecho, yo recibí en una pasantía a los primeros tres alumnos, y eran los tres profesores de conservatorio. Imaginate, para que haya más alumnado, más matrícula, tuvieron que bajar las exigencias. Entonces propusieron un examen donde evaluaban las habilidades musicales, en vez de la presentación de un título. Yo creo que un músico, que tiene una muy buena formación musical, en general no elige estudiar musicoterapia, o sí, pero son más bien pocos. Así que es una realidad, por lo menos por ahora, a la que no le encuentro solución. A mi lo que sinceramente me duele es esta pérdida del rumbo, precisamente por no sentirse músico. O por no tener la formación necesaria para poder afrontar esta situación. Por ejemplo, en el trabajo comunitario yo creo que es muy importante la identidad musical, ¿no? Qué sé yo, uno en el hospital se la puede rebuscar, la puede disimular. Hasta por ahí. Pero en el afuera son otras las necesidades de formación del musicoterapeuta.

**Sí, tal cual.**

Entiendo que vos tenés una identidad musical bastante fuerte.

**¿Por qué?**

¿No sos música?

**¡Ah sí!**

Formás parte de una orquesta.

**¡Sí! Yo incluso intenté hacer al mismo tiempo el conservatorio y la facultad. Y no lo pude sostener. Elegí la facultad. A mi me faltan cuatro**

**materias para terminar el ciclo básico del Falla. Y yo después quería seguir con la carrera de intérprete. Pero sí.**

¡Está perfecto!

**Sí, calculo que en algún momento lo retomaré... si no se vencen las materias.**

O sea, ¿Cómo vas a entender la relación que establece un sujeto con una estructura musical sino tenés idea de lo que es esa estructura musical? Yo pienso en mi papá, por ejemplo. Mi papá decía “escuchalo a Gardel”. Y a mí me parecía bárbaro Gardel, pero me molestaba mucho escuchar la mala calidad de la grabación, se perdía la información que tenía esa gente para transmitir. Y bueno, él cuando decía “yo escucho música” lo que escuchaba era la letra. El limitaba su conocimiento de la música a la letra. Pero vos le preguntabas la diferencia entre un tango y un vals y no la sabía. Para él si era un vals era porque le decían que era un vals. Él no entendía que había una diferencia de estructura, de que uno era tres por cuatro y otro dos por cuatro. Son cuestiones más bien básicas. Yo no digo que tenés que ser un Bach o un Beethoven, pero por lo menos haber experimentado la música, haberla vivido en el cuerpo, más allá de haber cantado una cancioncita de moda. Porque cantar, canta todo el mundo. Mal o bien...

**Esta charla sobre específicamente la teoría musical, me re interesa, me siento muy interpelada porque es algo que viví durante toda la carrera, con la que me peleé mucho (incluso con mis profesores) pero me voy a ir del eje, y después tengo que hacer la transcripción.**

Bueno, a mí me pone muy contento escucharte. Y me puso muy contento otra entrevista que me hicieron para una tesina, en la cual, también, la estudiante me transmitía esta inquietud respecto de lo que es la formación musical, que para mí es importantísima, no está en segundo plano. De hecho, yo conozco muchos colegas que se jactaban de que la música no tenía nada que ver, que era una teoría vieja, y cuando se sancionó la ley fueron todos corriendo a estudiar música (risas). O a tomar clases de canto, por lo menos para tener una idea, una mirada un poco más profunda de lo que es el fenómeno musical y del arte como una forma de conocimiento. Y

no un precalentamiento para que el sujeto se largue a hablar e interpretemos lo que dice.

**Si, tal cual, coincido mucho... Una última pregunta: ¿tendrías alguna lectura, de cualquier orden, que vos creas que pueda servirme?**

Hay tantas cosas... yo en este momento me estoy dedicando más a la ficción porque me siento como que me estoy yendo de la profesión, estoy abandonándola de a poco. Estoy leyendo mucha ficción, mucha filosofía.

**Me mencionaste a...**

Byung-Chul Han es un escritor muy interesante. Agamben, que es un filósofo italiano, también; obviamente Ronald Laing, con su mirada humanista existencial sobre lo que es la salud mental. Franco Basaglia (vos ya lo tenés), Umberto Eco. Todo lo que tiene que ver con la filosofía del arte también. León Tolstoi también ha escrito cosas muy interesantes. Te subrayo nuevamente Umberto Eco. Y bueno, obviamente mi libro, que está agotado. Ahí expongo todas las ideas que estuve manejando hoy.

**¡Sí!**

“Musicoterapia en rehabilitación psicosocial”. No se si lo vas a conseguir...

**Creo haberlo visto en la biblioteca de la facultad, calculo que puedo pedir permiso para que me lo presten. C., muchísimas gracias, fue muy linda esta charla.**