

Experiencias sonoro-musicales como prácticas subjetivantes frente a la vulneración de derechos.

Díaz Kipersain, Melina, Medina, Agustina y Melgarejo, María Noelia.

Cita:

Díaz Kipersain, Melina, Medina, Agustina y Melgarejo, María Noelia (2026). *Experiencias sonoro-musicales como prácticas subjetivantes frente a la vulneración de derechos. II Jornadas de Residentes de Musicoterapia de CABA. Residencia de Musicoterapia de CABA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*

Dirección estable:

<https://www.aacademica.org/ii.jornadas.de.residentes.de.musicoterapia.de.caba/8>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ere4/Tyz>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.

Para ver una copia de esta licencia, visite

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



EXPERIENCIAS SONORO-MUSICALES COMO PRÁCTICAS SUBJETIVANTES FRENTE A LA VULNERACIÓN DE DERECHOS

Abstract:

El presente trabajo aborda los efectos subjetivos de la institucionalización prolongada y la vulneración de derechos en pacientes atravesados por padecimientos de salud mental, discapacidad y exclusión social en el Hospital B. Rivadavia de la Ciudad de Buenos Aires. A partir del relato de viñetas clínicas construidas desde la práctica, se analizan distintas dimensiones vinculadas a esta problemática: la cronicidad como “enfermedad añadida”, la vulneración de derechos, el sujeto como objeto de cuidados, y las barreras sociales. Se problematizan los efectos que producen la ausencia de recursos estatales, las internaciones prolongadas y las dificultades en el acceso a redes de sostén, condiciones que transforman al hospital en un espacio de residencia incierta y de riesgo de arrasamiento subjetivo. En este contexto, las experiencias sonoro-musicales en musicoterapia son pensadas como prácticas subjetivantes capaces de habilitar espacios de expresión, encuentro, creatividad y construcción de sentido allí donde suena con fuerza el limbo de la espera, el aislamiento y la pérdida de autonomía. Las intervenciones en musicoterapia se proponen así como una práctica clínica, ética y política, donde poder fomentar la construcción de intersticios de salud dentro de un escenario institucional adverso, posibilitando alojar la singularidad, sostener la dignidad y autonomía de los sujetos y promover modos más humanos de habitar la experiencia hospitalaria.

Palabras clave: *Cronicidad; desubjetivación; perspectiva de derechos; política pública.*

Autoras:

- Lic. Díaz Kipersain, Melina (R1). melinadiazk.mt@gmail.com
- Lic. Medina, Agustina Belén (R2). lic.agustinamedina.mt@gmail.com
- Lic. Melgarejo, María Noelia (instructora de residentes).
mnoemelgarejo@gmail.com

Se acepta que el trabajo se publique en actas.

Introducción

La vulneración de derechos y la desubjetivación como efecto de la institucionalización es una problemática que atraviesa la vivencia de muchos pacientes y usuarios del sistema de salud. La falta de políticas públicas que garanticen el cumplimiento efectivo de las leyes que protegen los derechos de los pacientes, generan que el hospital termine convirtiéndose en un “no-lugar”, en un espacio de residencia de un tiempo incierto. Ante un Estado que no garantiza dispositivos y recursos, la clínica se ve obligada a garantizar existencia subjetiva.

Para ilustrar los diferentes escenarios con lo que nos encontramos día a día en nuestra práctica profesional, organizamos este trabajo en cuatro dimensiones que afectan la vida de los pacientes y que surgieron a partir de la articulación entre la clínica y la teoría. Estas son: la cronicidad como “enfermedad añadida” (Yonson, 2014); la vulneración de derechos; el sujeto como objeto de cuidados y las barreras sociales.

A lo largo del trabajo nos planteamos diferentes interrogantes que lejos de querer dar respuestas cerradas, nos abren a la reflexión sobre nuestra práctica profesional y nuestra posición ética y política.

Desarrollo

Viñeta 1 (parte 1):

“I.” es una paciente de 83 años internada desde el 18 de septiembre de 2024 con motivo de un postoperatorio de artroplastia de cadera derecha, luego de una caída de su propia altura. Este cuadro de “I.” pudo resolverse y, si bien tenía el alta médica, no pudo retornar a su hogar debido a que no disponía de los cuidados necesarios allí. A partir de la internación prolongada atravesó reiteradas interurrencias clínicas y se observaron secuelas de deterioro cognitivo. Dos años después, continúa esperando la derivación a un tercer nivel por parte de PAMI.

Dimensión 1: Cronicidad como “enfermedad añadida”.

“I.” representa una parte de la población que habita los hospitales en rol de paciente por tiempos prolongados por condiciones que exceden a un cuadro clínico a estabilizar. Es un hecho frecuente encontrar personas en los hospitales públicos de la

Ciudad de Buenos Aires que “permanecen internadas, una vez en condiciones de alta, durante días, meses o inclusive años” (Brovelli & Lardiés, 2019, p.3). Ya sea por falta de recursos materiales, afectivos, o de cuidado, el hospital se vuelve el único lugar posible a habitar. La espera es incierta, larga, desgastante. Y esta permanencia prolongada no es gratis, sino que lleva consigo el riesgo de un arrasamiento subjetivo. Tomando lo postulado por Pereyra y Rueda Tolava (2018), la cronicidad aquí no se trata solamente de un síntoma, sino de un efecto institucional, una enfermedad que se suma a la patología de base. Al ingresar al hospital, la persona es despojada de su identidad personal, la intimidad se ve vulnerada y los efectos desubjetivantes no tardan en aparecer. La cronicidad es entonces, desde esta perspectiva, una enfermedad añadida (Yonson, 2014).

"I." llegó al hospital y, en lugar de encontrar un espacio de reparación, se encontró con una estructura que cronificó su estado. En estos casos, el hospital deja de ser un dispositivo transitorio de salud para convertirse en el único escenario posible de existencia, en único espacio de vida, en una temporalidad suspendida.

Dimensión 2: Vulneración de derechos.

La Ley 26.529 de Derechos del Paciente (2009) regula prácticas en salud y posiciona al paciente como el protagonista de las decisiones sobre su propio cuerpo y su salud. El eje de esta ley reconoce que toda persona tiene derecho a ser tratada con dignidad, a no ser discriminada, a que se respete su intimidad y a que la información sobre su salud sea manejada con confidencialidad.

El resto del sistema normativo en salud puede leerse como una extensión de estos mismos principios. Pensar la salud desde los derechos del paciente es asumir que cada práctica en salud debe estar guiada por el respeto a la dignidad, la autonomía y la libertad de las personas.

Nos preguntamos: **¿Desde dónde nos posicionamos al trabajar en esta espera? Como profesionales, ¿cómo no contribuir a esta desubjetivación siendo parte nosotros también de la institución?**

Viñeta 1 (parte 2):

“Quiero cantar esa canción sobre los ojos verdes” dijo “I.” Recordaba que en algún encuentro anterior habíamos escuchado “Aquellos ojos verdes” en la versión de Buena

Vista Social Club y le había gustado mucho. Comienzo a cantarla, acompañándome armónicamente con la guitarra y luego invito a “I.” a cantar los fragmentos que recuerda. Logra cantar las dos estrofas completas y las repite algunas veces cuando vuelve a iniciar la secuencia armónica. Se le ofrece un instrumento de percusión, con el cual acompaña rítmicamente la canción, marcando el pulso, atenta a lo que hacía la guitarra. Luego de la experiencia “I.” comenta que su marido tenía ojos verdes y que por ese motivo jamás lo pudo dejar. Relata sobre el día que lo conoció y cuenta que su familia no lo quería mucho debido a la diferencia de edad, pero igual estuvieron muchos años juntos. Reitera que nunca lo pudo dejar por esos ojos verdes que tenía. Finalmente reflexiona acerca del amor y sus dificultades”.

Las escenas que creamos en las sesiones de musicoterapia operan como un intersticio dentro del dispositivo hospitalario, permitiendo transformar el tiempo cronológico de la espera en un tiempo de producción simbólica, de encuentro intersubjetivo, de quiebre de la lógica del abandono. Allí donde el hospital corre el riesgo de convertirse en el único horizonte posible, las experiencias sonoro-musicales abren un espacio para que aparezca algo más que la condición de paciente: recuerdos, deseos, afectos e historias que resisten a quedar olvidados por la lógica institucional.

Si bien la Ley 26.529 de Derechos del Paciente (2009) establece con claridad que toda persona debe ser tratada como sujeto de derecho, con autonomía para decidir sobre su salud y su cuerpo, la prolongación de su internación muestra los límites concretos para hacer efectivos estos principios. “I.” no se encuentra privada de su autonomía por una indicación médica directa, sino por la ausencia de condiciones materiales que permitan su egreso. Sin embargo, el efecto es similar: su capacidad de decidir sobre su vida cotidiana queda suspendida. La falta de recursos institucionales adecuados termina produciendo un efecto de exclusión que contradice el espíritu de la ley anteriormente citada. La viñeta muestra que, frente a esta imposibilidad estructural, la práctica clínica puede asumir una función de sostén. No en el sentido de suplir al sistema, sino de alojar subjetivamente aquello que el sistema no logra resolver.

Viñeta 2 (parte 1):

“D.” tiene 24 años y está cursando su tercera internación en la Clínica Médica del Hospital Rivadavia. La rutina parece ser siempre la misma. Se descompensa, ingresa, permanece un tiempo, se estabiliza, le dan el alta, regresa a la casa con su madre, se descompensa, vuelve al hospital, permanece un tiempo, se estabiliza, le dan el alta, y...

¿regresa a la casa con su madre? Esta vez, las condiciones cambiaron. Su madre ya no puede recibirlo ni sostener sus cuidados. “D.” no tiene a dónde ir.

Ya pasaron cuatro meses desde su último ingreso. Cuatro meses esperando un lugar donde vivir. Un lugar y los recursos necesarios para que su vida cotidiana sea posible. Porque “D.” puede trasladarse en su silla de ruedas, pero eso no alcanza: su cuerpo necesita de otros para sostenerse, para cuidarse, para no volver a enfermar.

“D.” llega a sesión y toma los instrumentos con decisión. Propone. Marca el pulso, marca el ritmo. Hay algo de su presencia que se impone: fuerte, intensa, concreta, a veces avasallante. En esta sonoridad que insiste, aparecen sus modos de estar con los otros.

Los contrastes cuestan. Bajar, esperar, hacer lugar a otro sonido no siempre es posible. Su musicalidad ocupa, avanza, empuja. Y en ese empuje los otros se alejan, marcan una distancia, incluso lo rechazan. Así sucede con su madre y con el resto de su familia.

Mientras tanto, “D.” sigue en el hospital esperando un hogar que lo aloje.

Dimensión 3: Sujeto como objeto de cuidados.

En la internación en el hospital, los sujetos son separados de su entorno social y pasan a formar parte de una lógica institucional que tiende a homogeneizar sus vivencias. Desde el momento de la admisión se despliegan una serie de procedimientos que modelan al sujeto para su inserción en la “maquinaria hospitalaria”, despojándolo de su identidad personal, su intimidad y su singularidad (Pereyra & Rueda Tolava, 2018). Esto implica procesos de disciplinamiento, control y vigilancia permanente que producen efectos desubjetivantes.

Coe (1973) expresa que la hospitalización implica un proceso de reorganización de la vida del paciente, donde éste pierde control sobre su tiempo y decisiones cotidianas. El ingreso al hospital supone la adopción del rol de “paciente” que conlleva formas de comportamiento reguladas institucionalmente.

En el hospital general, el paciente es reconfigurado dentro de un sistema que prioriza la eficiencia, el control y la organización del cuidado. Esta lógica puede producir efectos de despersonalización, donde la singularidad del sujeto queda en segundo plano frente a su condición clínica. De este modo, la institución no solo contiene o trata el

padecimiento, sino que también invisibiliza al sujeto, produciendo nuevas formas de sufrimiento. Esto implica que los sujetos pasen a ser tratados como objeto de cuidado dentro de un sistema asistencial.

Dimensión 4: Barreras sociales.

La Ley 22.431 (1981), sobre el Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, amplía el alcance de los derechos de la Ley 26.529 (2009) hacia la inclusión social y la igualdad de oportunidades. Allí, el Estado asume un rol activo en garantizar no solo la atención de la salud, sino también la educación, el trabajo y la participación plena en la vida comunitaria de las personas con discapacidad.

El modelo social de la discapacidad (Oliver, 1998), considera como una causa de la misma el aspecto social, donde la dificultad para desarrollar actividades de la manera más autónoma posible no tiene que ver enteramente con las características personales del sujeto, sino también con las características del entorno y las barreras en el acceso (Victoria Maldonado, 2013). En “D”., al impedimento físico, se le suma un diagnóstico de salud mental y un entorno poco continente con dificultades en la vinculación con el paciente. Se observa la falta de un hogar adaptado y de una red de apoyo, además de una falta de recursos familiares para poder hacerse cargo de sus cuidados necesarios.

El Hospital Rivadavia, como hospital de agudos, no está diseñado para la rehabilitación ni para la vivienda, convirtiéndose en otra barrera discapacitante. El Modelo Social de la discapacidad propone que las barreras sociales son las que “discapacitan”, pero existe también otra barrera que opera sobre “D.”. La expansividad de su presencia y la intensidad de su demanda suelen generar un repliegue tanto en su red familiar como de cuidado, lo que desemboca en una dificultad para sostenerse en los espacios que habita. Un trato digno y no discriminatorio (Ley 26.529, 2009), implica un posicionamiento ético de alojar la singularidad del sujeto, incluso cuando esta resulta disruptiva o avasallante.

Nos preguntamos: **¿Cómo suenan los vínculos en los procesos de una espera, de un tiempo en pausa? ¿De qué sirve una experiencia musical en un hospital?**

Viñeta 2 (parte 2):

En la intensidad de “D”., aparece también un cansancio. Un padecimiento que no siempre encuentra palabras. Aparece el deseo de estar mejor, de vivir mejor.

En lo sonoro, su mundo interno encuentra una forma de decirse. A veces desbordado, a veces repetitivo, a veces sin pausa. Improvisando y en la vida, el otro, por momentos, desaparece. Queda absorbido por ese despliegue. Sin embargo, necesita de los otros para vivir.

Entonces, en ese tiempo incierto, en ese espacio regido por la espera, las sesiones intentan introducir algo del orden de lo diferente. De otros modos posibles de estar, de vincularse, de esperar.

Alojarlo, incluso en lo que irrumpe. Tocar con él aunque sea difícil de seguir. Acompañarlo sin retirarse. Trazar límites sin rechazarlo. Y, sobre todo, esperar con él.

En musicoterapia se co-crean espacios que permiten centrarse en la singularidad del sujeto. Según Coluccio (2013), la intervención no puede reducirse a organizar la experiencia o a abordar la sintomatología, sino que debe apuntar a ampliar la subjetividad, favoreciendo el registro de sí, la implicancia emocional y la construcción de sentido. En “D.”, esto se evidencia en su capacidad de expresarse, de improvisar y de reflexionar en conjunto sobre sus modos de estar en el mundo. Sus vínculos suenan a través de una musicalidad que por momentos se escucha desbordada o “caótica”, y que corre el riesgo de agotar a quienes deben (debemos) alojarla. Pero allí donde el sistema falla en garantizar necesidades subjetivas básicas, la clínica se ve obligada a tejer vínculo.

Frente a un escenario de desamparo estatal, el trabajo activo y la comunicación fluida entre un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud como herramienta ética y política es lo que permite que el tiempo de la espera de pacientes como “D.” no se convierta en un tiempo inmóvil. Si bien como profesionales que forman parte de la institución respondemos a sus lógicas y tiempos, al compartir e intercambiar nuestras miradas y proponernos objetivos similares, podemos crear espacios donde aparezca un sujeto de derechos.

En la sesión de musicoterapia, la potencia de crear se vuelve el motor de una autonomía que muchas veces se ve arrasada por las distintas barreras que se imponen ante los pacientes. “D.” deja de estar atrapado en un cuerpo inmovilizado por sí mismo y por su entorno, para convertirse en un sujeto que propone y que ensaya, a través de la expresión sonora, nuevos modos de estar con los otros.

Reflexiones finales

Habitar el hospital como profesionales de la salud nos sitúa en una paradoja: somos parte de la institución, pero nuestra tarea ética es, muchas veces, intentar dar respuesta a la urgencia de proteger la subjetividad allí donde el sistema parece haberla olvidado.

Trabajar con estos escenarios institucionales dados nos obliga a repensar nuestra práctica constantemente.

En las historias de "I." y "D.", observamos cómo el hospital se transforma en un escenario de vida no previsto. En el caso de "I.", podemos ver que cuando la internación deja de ser un espacio de cuidado para convertirse en una vivienda forzada por la ausencia de políticas estatales, emerge la cronicidad como una "enfermedad añadida" (Yonson, 2014). Desde nuestra posición como profesionales de la salud, sabemos que aquí hay algo estructural que no podemos resolver, pero podemos acompañar para abrir un sentido posible, para encontrar líneas de fuga por las cuales se asome un movimiento saludable.

La historia de "D"., a su vez, pone de manifiesto que, ante el abandono de las redes familiares y sociales, la comunicación fluida y el trabajo interdisciplinario son las únicas herramientas capaces de evitar que un paciente sea etiquetado simplemente como un "caso difícil" a mantener alejado. El riesgo radica en que el hospital, en su lógica de eficiencia, silencio y control, termine por devorar la identidad del sujeto, y la tarea, es contrastar esa lógica encontrando nuevos modos expresivos.

La experiencia musical opera como un espacio subjetivante que moviliza allí donde el cuerpo y el tiempo parecen suspendidos por las lógicas de la internación. Subvertir aquello que la institución impone y facilitar el armado de un espacio para co-construir con el paciente un intersticio de salud implica abrir una pequeña "rajadura" en el muro institucional, transformando la monotonía del hospital en una escena sonora donde aparezca algo del orden de lo vital. Nuestro quehacer, entonces, se define en ese gesto: alojar el dolor, pero apostar a la potencia de lo que todavía puede sonar.

Si nuestra práctica clínica corre el riesgo de convertirse en un espacio de reproducción de lógicas de dominación, también puede ser un territorio de resistencia y transformación.

Referencias bibliográficas

- Coe, R (1973). Cap. 11: El sentido de la hospitalización. En *Sociología de la medicina*.
- Coluccio, A. (2013). La clínica musicoterapéutica en sujetos con Trastornos Mentales Severos. Presentación general de los tres ejes de intervención.
- Gauna, G. (2009). Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Ed. Koyatun.
- Brovelli, K. & Lardiés, N. (2019). Internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires: un desanclaje entre recursos de bienestar y necesidades de cuidado. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-023/517>
- Ley Nacional n° 22431 de 1981. Sistema de protección integral de discapacitados. 16 de marzo de 1981.
- Ley Nacional n° 26529 de 2009. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 19 de noviembre de 2009.
- Ley Nacional n° 26657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 02 de diciembre de 2010.
- Oliver, M., “¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?”, en Barton, L. (comp.), Discapacidad y sociedad, Madrid, Morata, 1998; id., The Politics of Disablement, Basingstoke, McMillan, 1990, y Understanding Disability, Basingstoke, McMillan, 1996.
- Pereyra, Gonzalo y Rueda Tolava, Carhuè (2018). Musicoterapia y desmanicomialización. Efectos de la cronicidad y alternativas terapéuticas. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-122/286.pdf>

- Tosto, V. (2019). La Interconsulta en el Ámbito de la Musicoterapia. En Medicina. ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines, 4(1), 56-70.
<https://revistas.unlp.edu.ar/ECOS/article/view/10495>
- Victoria Maldonado, J. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. Boletín mexicano de derecho comparado, 46(138), 1093-1109.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008&lng=es&tlng=es.
- Yonson, V.R. (2014). Reflexiones en torno a la noción de cronicidad en Salud Mental, Buenos Aires: Revista Margen, edición N° 75.