



Universidad Nacional de La Plata

Cátedra Libre Musicoterapia (Res 307/2015)

Actividad de la fecha 22 de junio de 2015

“Salud Mental en Situaciones de Encierro:

Aportes de la Musicoterapia en el Ámbito Penitenciario”

Lic. Soledad Iparraguirre (*)



Comienzo contando sobre mi tesis de Licenciatura que realicé junto a la Lic. Ayelén Chimeno, estuvimos interesadas en qué podría llegar a suceder con la Musicoterapia en contextos de encierro, en qué podía pasar dentro de una cárcel si se empezaba a trabajar con la Musicoterapia. Buscamos durante mucho tiempo poder entrar a alguna cárcel, estuvimos como un año teniendo entrevistas, mandando mails, llamando por teléfono, intentando que alguien nos diera la posibilidad de crear un espacio de musicoterapia. Es muy difícil, no es fácil encontrar el lugar donde poder hacer camino, principalmente porque es una cárcel.

Nos encontramos con una asociación civil sin fines de lucro, La Cantora. Esta asociación trabaja en La Plata, hace muchísimos años. Fue un proyecto comenzado por Azucena Racosta. Es un grupo de Comunicadores Sociales que hacen talleres adentro de las cárceles y, buscan trabajar con las personas que están privadas de su libertad para ayudarlas a que empiecen a pensar, a luchar por sus derechos, a volverse sujetos críticos y autónomos. Esta Asociación nos da un lugar para hacer un taller de Musicoterapia durante un año en la unidad 33 de los hornos, La Plata. Esta es una cárcel de mujeres donde también hay pabellones de madres embarazadas y con hijos de hasta 4 años. Si bien las mujeres asistían al taller con sus hijos, el mismo estaba destinado a las mujeres y no a los niños.

Ese año de taller dio como resultado nuestra tesis de investigación donde pudimos comprobar que el canto conjunto puede ser una herramienta muy propicia para trabajar las relaciones interpersonales. Se pudo observar cómo a medida que las voces se empezaban a ensamblar, que podían empezar a escucharse y conectarse musicalmente a partir del canto, las relaciones y los lazos entre ellas se volvían más profundos y menos

defensivos. Al año siguiente continuamos haciendo talleres en Magdalena y por razones que nos excedían no pudimos continuar.

Ahora les voy a hablar del trabajo en el que estoy actualmente. Les voy a hablar de una población que ha sido vulnerada durante muchos años. Son personas que se encuentran alojadas adentro de un psiquiátrico que está adentro de una cárcel. Por lo tanto son personas que además de tener algún padecimiento mental están en conflicto con la ley.

El proceso histórico del que voy a hablarles consta de dos momentos.

En una primera instancia se crea el Programa Nacional de Atención al Interno con Enfermedad Mental Grave en el año 2007. Este programa surge porque organismos de Derechos Humanos internacionales y nacionales denuncian la constante vulneración de derechos que sucedía dentro de la unidad 20 del Servicio Penitenciario Federal, donde se alojaba a las personas con trastornos psiquiátricos. Esta unidad estaba ubicada dentro del Hospital Borda, y la unidad 27 de mujeres en el Hospital Moyano.

Estas denuncias muestran una realidad que estaba siendo completamente ocultada, de mucha violencia hacia las personas que estaban allí alojadas, personas que estaban abandonadas jurídicamente, que sus defensores no los iban a ver, que prácticamente no estaban considerados ciudadanos. De esas denuncias surge un libro, "Vidas Arrasadas" que cuenta y muestra con fotos las condiciones en las que vivían las personas que estaban ahí alojadas.

Este Programa se convierte en la primera experiencia de inserción de profesionales civiles del ámbito de la Salud Mental dentro de una cárcel. Hasta entonces los profesionales que atendían a las personas que estaban presas y tenían algún trastorno psiquiátrico eran profesionales de la salud mental contratadas por el Servicio Penitenciario. Por lo tanto la seguridad y la atención a la salud mental estaban ambos a cargo del Servicio, en manos del mismo jefe.

Esto funciona hasta el 2011, donde, dentro del marco de la Ley de Salud Mental 26657 se inaugura el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA). Tras cerrarse las unidades 20 y 27, los pacientes son trasladados al Complejo Federal I de Ezeiza, una cárcel de máxima seguridad donde comienza a funcionar el PRISMA. Este Programa, planteado bajo el marco de la nueva Ley de Salud Mental, propone una doble orientación; por un lado que pueda haber una mejor atención a las personas que están internadas en el hospital psiquiátrico de la cárcel y por otro lado, que se pueda promover una transformación cultural que apunte a una constitución de un ámbito más cuidado de los derechos humanos de las personas que están adentro de la cárcel.

El PRISMA en primera instancia estaba a cargo de dos Ministerios, el de Salud y el de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, de allí su nombre Interministerial. Actualmente solamente está a cargo de este último. Se ubica dentro del Complejo Penitenciario Federal

I de Ezeiza, en la parte del Hospital Penitenciario. El mismo tiene dos alas, el ala norte, y el ala sur.

El Programa consta con un dispositivo de Evaluación conformado por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales que reciben los pedidos de evaluación por parte de algún profesional de la salud mental. La persona que será evaluada es trasladada al Hospital, se la aloja en una sala de estabilización y diagnóstico donde el equipo interdisciplinario evalúa si tiene criterios de ingreso al Programa o no. Los mismos no son cerrados, abarcan retraso mental, esquizofrenia, psicosis, depresión, trastornos de la personalidad; y a su vez también tenemos en cuenta a las personas con situaciones de vulnerabilidad afectiva, que están teniendo muchos problemas de convivencia en el módulo donde están alojados y no pueden seguir donde están. Si en el dispositivo de evaluación dictamina que la persona tiene criterio para ingresar al Programa, pasa al dispositivo de tratamiento.

El dispositivo de Tratamiento cuenta con mucho más profesionales. Está conformado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, musicoterapeuta, enfermeros, talleristas. Al ingresar al PRISMA se le asigna al paciente un equipo interdisciplinario constituido por un psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social que va a ser el equipo tratante y las personas de referencia más cercanas, que van a estar respondiendo al tratamiento y a las necesidades que la persona presente. A su vez uno de estos tres profesionales va a ser quien derive a Musicoterapia si lo cree necesario.

El Programa cuenta con una Guardia interna de salud mental que consta de un psiquiatra, un psicólogo y un enfermero que están 24 horas en la cárcel –cada 24 horas esa guardia se renueva- para atender las emergencias y urgencias que suceden dentro del hospital.

A su vez contamos con un dispositivo de Mediación que trabaja cuando se generan conflictos de convivencia. La idea es, posteriormente al conflicto, a las peleas, las situaciones de violencia que haya surgido entre pacientes, poder intervenir a partir de la palabra, a través de la música, que pueda circular otra cosa además de la violencia. Este dispositivo va a trabajar con las personas que estuvieron involucradas en el conflicto.

Contamos con supervisiones externas al equipo, supervisiones interdisciplinarias. Hay ateneos mensuales, tenemos un área de Docencia e Investigación -todo esto coordinado por las mismas personas que trabajamos ahí- se encarga de la formación interna hacia el mismo equipo. En investigación estamos actualmente investigando sobre los impactos subjetivos en la cárcel en los pacientes, en los profesionales y en el Servicio Penitenciario.

Por último funciona el Área Sociocultural coordinada mayormente por los trabajadores sociales; hay talleres de arte, de fotografía, de música, de percusión, de revista, de juegos, hay teatro, videoteca, cine, un coro. Los talleres no son siempre los mismos, van rotando, y se contratan a talleristas externos al Programa que vengán a dar el taller, para que pueda haber un flujo de personas que entra y sale.

Dentro del Hospital hay alrededor de 55 pacientes hombres, y a 4 kilómetros de este Complejo está PRISMA mujeres donde hay 12 camas y actualmente hay 10 pacientes. Ambos están bajo la misma coordinación.

Ahora sí, después de entender de qué se trata este lugar, les voy a hablar de la Musicoterapia. Yo estoy trabajando en el PRISMA hace tres años. Cuando me contratan me dicen “no tenemos ni idea lo que es la Musicoterapia pero sí nos damos cuenta que tenemos psicólogos dando talleres de música y que no tiene ningún sentido porque hay personas que están formadas para trabajar con la música”.

Había que armar todo de cero, no había nada. Me preguntaba ¿qué hago? No había nada que funcionara ya, un historial para empezar a trabajar sobre eso. Al principio fue un lugar de mucha soledad, fue todo un desafío porque entrar y estar, habitar la cárcel –son 30 horas semanales- es difícil. Hay algo que trabajar en uno mismo para poder estar.

En una primera instancia me planteo entrevistar a algunos pacientes para recolectar datos a partir de un protocolo, para poder ver intereses y quiénes eran las personas con las que estaba trabajando. Mi intención era armar grupos de Musicoterapia. Empecé a armar dos o tres grupos y los grupos se desarmaban constantemente, los pacientes no salían, se quedaban durmiendo; era muy difícil. Parecía que la institución misma iba aplastando todo lo que uno intentaba crear ahí. Finalmente decido -y creo que fue la mejor opción- empezar a trabajar en consultorio individual. Yo tenía la libertad de trabajar de la forma en que quisiera ahí adentro. Una de las cuestiones más difíciles fue lidiar con el encuadre. No había encuadre y había pocas posibilidades de que ese encuadre pudiera ser constante. Los consultorios donde trabajamos son formato box, uno tiene que trabajar con la puerta abierta –no se puede cerrar la puerta del consultorio-, y además hay ventanas. Por lo tanto, toda persona que pasa por ahí no sólo escucha lo que está sonando, sino que también ve todo lo que está pasando adentro del consultorio. Quizás para otros profesionales no es mayor el problema; el psiquiatra, el psicólogo bajan el volumen de la voz, se genera otra dinámica. Pero para los musicoterapeutas que trabajamos haciendo música, escuchando música, tocando instrumentos, cantando, es un nivel de exposición que es muy violento para el paciente. Un paciente que de la nada lo pongas a tocar un tambor y que el penitenciario empiece a ver lo que está pasando, mismo los profesionales; llama mucho la atención porque es algo distinto; es mucha exposición. Entonces tuve que lidiar con esas dificultades del encuadre. Descubrí que podía trabajar con auriculares dobles, entonces desde la audición de música editada trabajamos con un auricular el paciente y otro yo. Cuando me di cuenta que podía trabajar con esa herramienta fue todo un descubrimiento: por primera vez sentí que se podía generar cierta intimidad adentro de ese encuadre. Escuchamos los dos la misma canción sin que nadie más afuera estuviera siendo parte de eso. Me ha pasado situaciones de estar con un paciente haciendo una improvisación, el paciente con un bongó y yo con la guitarra y que se pare un penitenciario en la puerta y empiece a marcar el ritmo, o estar

escuchando una canción y los penitenciarios que están cerca empiecen a cantarla o a cantar otra cosa. O escuchar la música que están escuchando los penitenciarios desde su celular.

Con este panorama la transferencia hacia la música se da siempre primero en relación a la audición. Se trabaja mucho en un principio con la audición de música editada para luego poder pasar al canto, a los instrumentos, a otro tipo de herramientas o de técnicas. Actualmente ya tengo la confianza para ir y decirle al penitenciario – ellos ya están acostumbrados a escuchar al paciente cantar también- , los profesionales ya no están dando vueltas viendo qué está haciendo la musicoterapeuta con el paciente. Fueron situaciones que de a poco hubo que ir trabajando.

Empieza a haber un flujo constante de pacientes que están en tratamiento, los profesionales instintivamente me empiezan a decir qué pacientes podrían ir a Musicoterapia. Todo en comentarios de pasillos, la comunicación no era formal.

Empiezo a trabajar en el armado de CDs, lo cual fue muy importante porque en la cárcel la música es siempre la misma, y siempre la manejan dos o tres personas. Entonces que los pacientes puedan tener su música, su CD adentro de las salas las 23 horas del día que les queda; poder escuchar su música, a partir de la cual están haciendo su tratamiento, es muy importante. Es necesario seguir escuchando las canciones más allá del espacio terapéutico; poder volver a las canciones en las que estamos vibrando.

En líneas generales esto fue el empezar a trabajar en el PRISMA. Cuando se estableció una dinámica de trabajo, yo empecé a organizarme, armé dos ateneos para poder explicar a los otros profesionales qué es la disciplina, cuál es la historia, cuáles son las incumbencias, cuáles son las posibilidades que tenemos como musicoterapeutas, qué diferencias hay entre aprender música, la música en el arte, la música en terapia. Si bien yo creo que todos los pacientes que ingresan al Programa tienen que tener Musicoterapia, por supuesto no es posible por el recurso humano que tenemos, se pudieron delinear algunos criterios de derivación. A su vez me ofrecen la posibilidad de contratar a otro musicoterapeuta. Un año después de mi ingreso entra la licenciada Guadalupe Varela, que trabaja un año y luego renuncia. Actualmente estamos esperando para contratar a otro que reemplace ese cargo.

Hay muchas derivaciones por parte de los profesionales, hay lista de espera para Musicoterapia. Los pacientes quedan en una lista y a medida en que se van de alta o se van pacientes se van tomando.

Algunos logros importantes fue poder entrar en los informes trimestrales. Principalmente que se incorpore al musicoterapeuta como parte del equipo tratante. Esto es un trabajo que se viene haciendo, no es automático y no es para todas las personas que están ahí trabajando –la consideración del musicoterapeuta de esta forma-. Pero sí está la Musicoterapia incorporada a los informes que son para los juzgados donde se cuenta

cómo va el tratamiento de ese paciente. A su vez hubo citaciones judiciales en las que se convoca a todo el equipo tratante, entre ellos al musicoterapeuta donde vamos a dar cuenta del tratamiento que se está haciendo con ese paciente. Para la disciplina en este programa son logros alcanzados, lugares que se han ido conquistando.

Les quiero contar sobre la investigación que se está haciendo en este momento, en la cual yo estoy participando y estoy pensando sobre la institucionalización de la música adentro de la cárcel. Es muy interesante lo que pasa con la música ahí adentro más allá del espacio individual de Musicoterapia. En relación a la escucha, a cómo uno escucha; o hay un absoluto silencio o se escucha una constante música de fondo, generalmente cumbia o rock and roll. Varios pacientes van contando cómo la música inscribe ciertas cuestiones de la cárcel. Por ejemplo me hablaban de las “*duchas de bienvenida*”, en la ex Unidad 20 donde cada paciente que llegaba recibía la ducha de bienvenida. En cualquier momento del año, el paciente llegaba, lo desnudaban, lo ponían debajo de una ducha de agua fría, lo golpeaban y lo torturaban. Durante este ritual que armaban ponían música de fondo entonces ya los mismos pacientes que estaban adentro, cuando escuchaban la música que sonaba de esa forma sabían que era porque tapaba los gritos de la persona que estaba siendo torturada entonces ya asociaban esa música que sonaba con la persona que estaba ingresando. Después de esto los *planchaban* con medicación durante semanas o meses. Esa era la bienvenida que les daban los penitenciarios a los pacientes.

A su vez otro paciente cuenta cómo la música puede ser usada adentro de los pabellones. Por ejemplo contaba que en el pabellón había tres grabadores, sin embargo el grabador de otro preso sonaba más fuerte que el de él por ser de mejor calidad. Explica entonces que ante esta situación él tiene que ir y romper ese grabador –lo quema con agua- porque el grabador que tiene que sonar más fuerte es el de él, porque es él quien maneja la sala. La dinámica entonces es quién tiene la posibilidad de poner la música más fuerte, maneja la sala: primero porque decide qué música escuchan todos y segundo porque el que quiere hablar por teléfono tiene que pedirle que baje la música o se tiene que tapar un oído y hablar como puede.

Otro paciente cuenta que cuando estuvo en otra cárcel le ponían de música funcional chacareras, porque al director de ese penal le gustaba la chacarera. Y hoy en día dice que no soporta ni escuchar nombrar una chacarera.

Caso clínico.

M. es un paciente que cuando inicia el proceso musicoterapéutico no habla prácticamente nada. Está completamente ensimismado, está aislado, responde monosilábicamente a las preguntas que uno le hace. Su postura física responde a este estado. Es extranjero, tiene 24 años al comienzo del tratamiento y sufre una esquizofrenia desorganizada con alucinaciones visuales y auditivas. Su psicóloga tratante sugiere el espacio de

Musicoterapia porque a ella se le presentan serias dificultades a la hora de comunicarse con el paciente. No encuentra qué hacer con este paciente.

Luego de una entrevista inicial le propongo un espacio en donde lo único que él tiene que hacer es pedirme canciones para escucharlas juntos. Le expliqué que yo no iba seleccionar las canciones que íbamos a escuchar, que yo lo invitaba a que él eligiera qué canciones íbamos a escuchar juntos. La idea era que en eso que no era más que sentarnos a escuchar música pudiera empezar a construirse una relación transferencial, pudiera el paciente empezar a apropiarse de ese espacio, sentirse un poco más cómodo y que la demanda empezara a aparecer de su parte. Que algo él pudiera decir en ese lugar.

Las canciones que elegía eran de rap mexicano, colombiano. Hablan de la cercanía de la muerte y de la vuelta de la misma; cuentan historias de vida donde la marginalidad y la violencia tienen papel protagónico. Si bien él no lo decía, claramente esas canciones hablaban de él; la marginalidad y la violencia en la que él había vivido. Él estaba preso por un homicidio, no tiene condena porque había entrado hacía muy poquito.

A través de estas audiciones empiezan a aparecer pequeños gestos: empieza a levantar la mirada, a cambiar un poco la postura física. Empiezo a hacerle preguntas muy sencillas: ¿Cómo conociste esta canción? ¿Con quién conociste esta canción?, y él empieza a contestar poco, sin entablar una conversación. Luego de algunas sesiones le pregunto si él hace música y me responde que sí, que rapea. Le pregunto ¿tenés ganas de rapear?, me responde que sí, prendo el grabador y empieza a rapear. A raíz de ese momento él empieza un proceso de composición de letras, yo empiezo a llevar pistas de rap más elaboradas de las que puedo llegar a hacer yo en ese momento. Y empezamos a trabajar así, yo llevo las pistas y él a desplegar las letras que comienza a escribir dentro del pabellón. Focalizo entonces en que él desarrolle sus capacidades expresivas dentro de las experiencias musicales. A su vez seguimos con audición de música editada y trabajando con las letras y con la composición de estas letras.

A medida que puede desplegar estas letras, M. se reencuentra con cierta familiaridad de lo que sí podía hacer antes de los brotes psicóticos, antes de la cárcel y esto claramente posibilita desplegar y expandir sus capacidades de comunicación y sus posibilidades expresivas. Descubre que en este espacio él puede escuchar y producir música y empieza a generar un proceso de singularización que a su vez posibilita que él pueda compartir su música con otras personas. Él no se relacionaba con nadie adentro de la cárcel, estaba constantemente solo. En este momento del proceso las canciones que él escucha, que él escribe empiezan a tener la temática del salir hacia afuera, de la libertad. Y el género que escuchó siempre fue rap hasta que en un momento un día llegó y me dijo “quiero escuchar música nueva”. Empieza a pedir cumbia, rock nacional argentino, y a querer conocer el tango. No es menor que él quiera conocer géneros musicales nuevos, distintos a los que estaba familiarizado y que reflejaban su historia. En ese momento él empieza a *armar rancho*, que en la cárcel significa juntarse con ciertas personas, compartir una

mesa, un lugar adentro del pabellón. Generalmente tiene un líder que maneja los roles de cada uno de los miembros del rancho. M. empieza a juntarse con ciertas personas y a ser parte de un grupo de personas adentro de la cárcel.

Él continúa escribiendo letras, produce muchísimas letras y empieza a plasmar en ellas situaciones de su vida, y en esa instancia compone una canción que se llama “Impacto Colombiano” donde lo que hace es juntar historias de los compañeros de rancho y las plasma en una canción.

(Audición de la canción)

Sin duda que este paciente pueda descubrir sus propias capacidades creativas y creadoras trae por añadidura el fortalecimiento de su autoestima, habilita a las personas a relacionarse y a socializar. El espacio de Musicoterapia se convirtió para él en un lugar de salud en donde, más allá de su enfermedad –porque nunca dejó de padecer lo que padece-, podía hacer otra cosa y podía ser.

Sus producciones musicales se grabaron en CDs que él se llevaba de Musicoterapia y las empieza a reproducir en la sala, los penitenciarios empiezan a escuchar lo que él hace, empieza a ser reconocido por su música. Los profesionales del dispositivo empiezan a reconocérselo y decírselo.

Un día llega a sesión y me cuenta que un compañero de él había escrito una carta al Ministerio de Justicia y DDHH reclamando algunos derechos que estaban olvidados y me dice “como yo sé hacer música, hice una canción”. Esa canción se llama “Trato por Igual”. Se arma y se ensambla el trabajo que se hizo en Musicoterapia en espacio individual junto al taller de música –donde venían realizando grabaciones de buena calidad- para grabar la canción, y se ensambla con el taller de teatro para filmar un videoclip de esta canción. M. es quien gestiona toda la circulación de su música dentro de la institución. Se lleva a cabo un rodaje dentro de la cárcel donde viene un camarógrafo, un director de fotografía, una coreógrafa de hip- hop. Hicimos un despliegue bastante histórico porque dentro del PRISMA nunca había sucedido algo así, y dentro de la cárcel seguramente tampoco. Para la filmación del videoclip participan tanto los pacientes como los profesionales y algunos penitenciarios. Van a ver al paciente porque autorizó a que se viera, y el juzgado también lo autorizó.

(Videoclip)

Este video se mostró en una jornada donde participaron jueces, en APSA y fue bastante interesante el alcance que tuvo. Este paciente además de transitar su enfermedad puede tramitar algo de la salud, puede expresar su padecer y darle un cauce desde la música. Eso se establece como herramienta de comunicación e impacta en su relación consigo mismo y con los otros

Yo creo que la música le da a esta persona la posibilidad de salir del encierro simbólico que estaba para poder ocupar un espacio concreto donde los otros pueden ver ese espacio concreto, y creo que eso es parte de la tarea de salir del encierro, de salir de la cárcel. Lo judicial nos excede, lo que podemos hacer es salir de la cárcel adentro de la cárcel. Creo que ese es el trabajo por lo menos que yo pienso que tengo que hacer ahí, que lo hago con los pacientes y lo hago conmigo también.

Muchas gracias.

() Lic. en Musicoterapia Universidad del Salvador
Musicoterapeuta Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA).*