

Notas de una práctica en Musicoterapia

Una interpelación al relato del caso clínico exitoso

Notes of a practice in Music Therapy

An interpelation to the account of the succesful clinical case

Iván Ezequiel Fernández

Ivan.Ezequiel.Fernandez.Macedo@gmail.com



ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines (ISSN 2545-8639)

<http://revistas.unlp.edu.ar/ECOS>

ECOS es una publicación de Cátedra Libre Musicoterapia (UNLP)

Fecha de correspondencia:

Recibido: 14/2/2020 Aceptado: 28/4/2020

Todas las obras de ECOS están bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Puede copiarla, distribuirla y comunicarla públicamente siempre que cite su autor y la revista que lo publica (ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines) agregando la dirección URL y/o el enlace de la revista. No la utilice para fines comerciales y no haga con ella obra derivada.

Cómo citar

Fernández, I. (2020). Notas de una práctica en Musicoterapia Una interpelación al relato del caso clínico exitoso. *ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines*, 5(1), 47-63.

Resumen

El presente artículo, en el modo del ensayo, relata reflexiones que he realizado sobre la práctica clínica a partir de mi recorrido laboral de diez años como musicoterapeuta. Dichas reflexiones abordan, como ejes temáticos, las condiciones de trabajo y escucha inherentes al proceso clínico, la concepción de salud y sus cualidades conflictivas, y los modos de análisis e intervención que he utilizado durante dicho período. Finalmente, propongo un modo de narrar la práctica clínica en Musicoterapia alejado del relato del caso clínico exitoso y más próximo a las contradicciones y tensiones propias de las prácticas de salud en general.

Palabras clave: Musicoterapia, práctica clínica, condiciones de trabajo, salud, intervención.

Abstract

This article, in the way of an essay, recounts the reflections that I have carried on on clinical practice from my ten-year career as a music therapist. These reflections address, as thematic axes, the working and listening conditions that are inherent to the clinical process, the conception of health and its conflicting qualities and the modes of analysis and intervention that I have used during this period. Finally, I propose a way to narrate the clinical practice in Music Therapy that is away from the report of the successful clinical case and closer to the contradictions and tensions of health practices in general.

Keywords: Music therapy, clinical practice, working conditions, health, intervention.

Introducción

Este ensayo no pretende ser más que un breve repaso sobre algunas reflexiones que emergieron en mi práctica como musicoterapeuta a lo largo de más de diez años de trabajo. En tal sentido, no debiera intentar extraerse de estos apuntes afirmaciones con pretensiones de generalidad. Este relato busca, por el contrario, mostrar razonamientos procedentes de mi tarea cotidiana con quienes asistieron, durante este tiempo, a los servicios de salud en los que me desempeñé. A su vez, está inspirado en los diálogos que he podido entablar con autores/as y compañeros/as de trabajo durante mi desarrollo laboral. Por lo tanto, tampoco hay una pretensión de originalidad en este escrito. Sí procuro generar un texto que pueda ponerse en diálogo con otros textos de otras experiencias. Si a partir de su lectura algo de ese diálogo se hace posible, estará cumplida la tarea que me he propuesto.

Condiciones de trabajo

Mi tarea como musicoterapeuta comenzó en el campo de la discapacidad, como sé que les ha ocurrido a otros, en trabajos mal remunerados y en las instituciones con peores condiciones tanto para quienes asistían como para quienes trabajaban allí. Posteriormente, continuó mi desempeño en discapacidad ya en condiciones más favorables, aunque la precarización haya sido una constante.

La primera figura con la que me topé en este recorrido fue la de “profesional liberal”. Se me convocaba a vender mis servicios a la institución, contra factura, en una relación que ocultaba la asimetría entre quienes pagaban y quien era pagado. Los primeros intentos por considerarme trabajador en vez de profesional y poner en debate, junto a otros/as compañeros/as, las condiciones de trabajo y las condiciones de atención hacia quienes concurrían a las instituciones no estuvieron exentos de conflictos. La

diferenciación entre profesional liberal y trabajador/a no deja de tener sus implicancias clínicas. Si el trabajo clínico es “vendible”, en la forma de una tercerización de servicios, la salud es una mercancía. En cambio, el requerimiento de condiciones justas por la tarea realizada nos aproxima al campo político del ejercicio de derechos.

Más adelante, también en discapacidad, formé parte de equipos de atención en modalidad de “prestaciones de apoyo”. Si bien había diferencias en los roles al interior del equipo entre quienes administraban el lugar y quienes no, tuve la suerte de encontrar producción colectiva en los lugares en los que me desempeñé.

Posteriormente, comencé a trabajar en el Estado, en un proyecto dirigido a adolescentes “desafiliados de las instituciones”, bajo la modalidad de centro de día. Mi inserción aquí fue diferente, ya que ingresé bajo la figura amplia de “educador”, lo cual me llevaba a trabajar no tanto a partir de los materiales y procedimientos que conocía por la formación de Musicoterapia, sino a desempeñarme acompañando a jóvenes en distintas instancias: el estar en el centro de día, talleres, charlas individuales, desayunos y almuerzos, etc. Las condiciones de trabajo en este nuevo proyecto tampoco fueron buenas durante mucho tiempo, me encontraba nuevamente “vendiendo servicios”, ahora al Estado. Con el tiempo, pasé a formar parte de la planta del Ministerio de Desarrollo Social, con el consiguiente mejoramiento de las condiciones de trabajo al tener un empleo “en blanco”. Sin embargo, el bajo salario en relación a otros trabajos perduró aún bajo esta modalidad.

Condiciones de escucha

Por otro lado, algunas de las siguientes ideas provienen de entrecruzamientos entre mi trabajo y la reflexión sobre mi propia vida. En más de diez años he concurrido a espacios clínicos en forma individual y, a veces, grupal; incluyendo espacios clínicos no

formales, esto es, espacios colectivos de producción de salud no coordinados por profesionales. No hay ninguna novedad en afirmar que el trabajo sobre la propia existencia es fundamental para el desempeño como trabajador/a de la salud. Solo me gustaría señalar que este trabajo no apunta, desde mi perspectiva, a “estar sano/a para trabajar con enfermos”, ni a completar casilleros de una carrera de méritos, como pareciera indicar quien afirma con suficiencia tener “encima” determinados años de análisis. Creo que la reflexión sobre la propia vida nos ubica más abiertos y sensibles para leer otros “modos de andar la vida” (Canguilhem, 1966). La escucha clínica no ocurre solamente con los oídos y el intelecto. Se escucha, más a menudo de lo que la impostura profesional nos permite reconocer, con la propia historia, con el propio repertorio de emociones, con el cuerpo tal como lo vivimos, etc. La reflexión sobre la propia vida no soluciona nada, pero “ablanda” la escucha.

La cualidad conflictiva de la salud

Creo que el señalamiento del carácter conflictivo de la salud puede hacerse en varias direcciones.

En primer lugar, la experiencia en las instituciones del campo de la discapacidad me llevó a preguntarme por qué se incluía a la Musicoterapia en esos lugares. No fueron pocas las ocasiones en las que se me pedía que trabajara con la totalidad de quienes asistían a la institución. Se me convocaba a un trabajo masivo, no había excepciones. Está claro que esto podría tener una justificación económica: el hecho de mostrar que todos los concurrentes recibían la prestación Musicoterapia. Más allá de esto, cabía la pregunta clínica acerca de por qué trabajar con personas con discapacidad desde una disciplina terapéutica. Las primeras impresiones en mi trabajo fueron que no había criterio clínico para que todos asistieran a los espacios de Musicoterapia. No todos

estaban atravesando situaciones de padecimiento que ameritaran un espacio clínico. Lo que los unía era la no correspondencia de sus cuerpos con los parámetros estándar de los test indicados por los manuales de psiquiatría. ¿Sufrían, al punto de necesitar un abordaje en salud mental? Muchos no. El margen que encontré en las instituciones para abordar esta cuestión pasó por organizar distintos espacios vinculados a lo sonoro-musical, algunos dirigidos a trabajar a partir de la reproducción de un padecimiento, otros más orientados a la producción de salud (aunque en ambos casos se tratara de recrear formas de estar en el mundo, y en este sentido la “producción de salud” atravesara ambos espacios, los puntos de partida eran distintos). Estas diferenciaciones a veces implicaban más horas de trabajo, lo cual no siempre fue sencillo de negociar con las direcciones de cada institución.

Considero que estos señalamientos iniciales pueden apuntar a una primera cuestión: está en disputa qué es estar sano, qué estar enfermo. Y, obviamente, es sobre esta distinción que se funda la necesidad de un espacio clínico.

Un segundo punto que en repetidas ocasiones se me hizo presente, ya hablando del trabajo en aquellas situaciones que ameritaban un abordaje clínico, es la dimensión conflictiva del propio padecimiento subjetivo. Dicho conflicto provenía, en mi parecer, de algún ejercicio de poder sobre quien estaba padeciendo. Esto es, alguno o algunos sujetos (individuales o colectivos, no necesariamente personificados) significativos para quien asistía al espacio clínico formaban parte de una situación conflictiva, actual o pasada. Y dicho conflicto se conjugaba, según mi lectura, como un fenómeno de colonización (Fanon, 1963): quien sufría estaba organizando su existencia en función de la experiencia de otro/s. No pocas veces dicho conflicto era presentado de un modo contradictorio, ubicando responsabilidades solo sobre quien “debía” asistir al espacio clínico. Así, a quien había sido negado en su existencia se le reprochaba su aislamiento,

quien había sido violentado era acusado de violento, quien había carecido de trato y mirada afectuosa era indicado como desatento, etc. En este sentido, si se me permite la indicación, siempre creo prudente diferenciar diagnóstico de acusación. Lo que se dice sobre alguien, ¿intenta describir los modos en los que está sufriendo? ¿O es una adjudicación de autoría sobre hechos desagradables? Puede parecer exagerado, pero creo que es frecuente la confusión entre estas dos preguntas en el campo clínico.

No hace mucho tiempo me encontré con la definición de Floreal Ferrara (2005) sobre salud: "...la salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad." (2005, pág. 30). Es una definición que me sirvió para encontrar sustento en lo que venía leyendo en las situaciones clínicas. Creo que en el campo de la salud mental, por lo menos en las experiencias que yo he atravesado, ese conflicto se configura en el pasar de organizarse en función de la experiencia y deseo del otro a componer los propios modos de existencia. Y una aclaración. En mis trabajos no me he encontrado con conflictos que se "resuelvan", en el sentido de una ecuación matemática que tenga solución con resto cero. Diría, más bien, que los conflictos se atraviesan. No dejan de existir, pero lo hacen de otra manera. Se atraviesan del mismo modo que se cruza un terreno adverso, no sin angustia e incertidumbre, pero que una vez franqueado ocupa un nuevo lugar, y pesa menos. En este sentido leo la noción de "alivio" de Daniela Gianoni (2002):

"El término alivio en su etimología se presenta como 'atenuar' o 'aligerar'.

Refiriéndonos al contexto que nos convoca podríamos pensar que lo que se aligera o se vuelve más 'tenue' es el peso de la certeza del padecimiento que conmina a una única posible visión del mundo." (2002, pág.: 60)

Posición e intervención

Las situaciones de padecimiento en salud mental en las que me ha tocado trabajar pueden presentarse, creo, como escenas. Gran parte de la lectura clínica que me ha guiado en mi trabajo tuvo que ver con interpretar los relatos, gestos, decires tal como si fueran una obra teatral. Encontré, aunque parezca lejano, en el análisis de los fenómenos estéticos que plantea la Musicoterapia (Rodríguez Espada, 2016), elementos que posibilitaban esta lectura. En esto reside una idea acerca de la especificidad de la Musicoterapia vinculada no sólo al trabajo con la materia sonoro-corporal, sino a la posibilidad de realizar lecturas clínicas escuchando formas más que descifrando contenidos.

Considero que el/la terapeuta es convocado a una “obra” con una lógica ya constituida. Un drama conformado por escenas que no cesan de repetirse, produciendo una encerrona que se liga al padecimiento. Esa convocatoria a ese drama, en el sentido teatral del término, nunca es a cualquier lugar. En general, por lo menos desde mi experiencia, el lugar al que se convoca al/a la terapeuta es funcional a la “obra”, por definición.

La repetición estereotipada de una escena suele ser el motivo de inicio de tratamiento. No se encuentran salidas, se acude a alguien. Pero ese acudimiento no puede ser desde otro lugar que desde el drama, con sus escenarios, roles, personajes, etc., que se está padeciendo. Un “principio” que ha orientado mi trabajo ha sido la pregunta ¿de qué escenas estoy formando parte? Una vez que se construyen los hilos de la trama, luego de cierto tiempo, puede ir pensándose un trabajo que se dirija a interpelar la “obra” tal como se presenta. Por eso, creo que el trabajo del/de la terapeuta consiste, al menos en parte, en elaborar y reelaborar su propia posición en la escena, a

modo de producir novedades (otros modos de leer la escena, otros gestos, etc.) que abran a posibilidades que acoten la repetición. Como mencionaba en el punto anterior vinculado a la salud, mi trabajo no apunta a que el drama desaparezca, pero sí a que deje de repetirse sin opción. Para que esto ocurra quien asiste al espacio clínico tiene que inventar nuevas formas de vida. Encontrar las vetas de esa creatividad cuando el otro no las está viendo, creo también constituye una tarea fundamental del terapeuta.

En esta línea de pensamiento la intervención no puede ser cualquier novedad, cualquier ruptura. Aún la intervención más disruptiva, si es intervención, guarda algún principio de verosimilitud con el drama. Este es un aspecto delicado: ¿hasta dónde interpelar sin que se “rompa” la escena? Sobre todo cuando no hay nuevos roles y personajes de los cuales “agarrarse”. Creo que es muy clara, en este sentido, la noción de umbral, de Suely Rolnik (2004). Una noción que no deja de tener reminiscencias teatrales. Hablando del cartógrafo, plantea:

“Él siempre valora cuánto de las defensas que se están usando, sirve o no para proteger la vida. Podríamos llamarlo, su instrumento de valoración del umbral de desengaño posible en la medida en que, finalmente, aquí se trata de valorar cuánto se soporta -en cada situación- el desengaño de las máscaras que nos están constituyendo, su pérdida de sentido, nuestra desilusión.” (2004, pág. 3)

A su vez, este planteo se articula con la posibilidad de buscar aperturas estéticas a las situaciones de padecimiento. Si se está intentando leer formas, organización discursiva, el ponerse en juego de los gestos, los modos en los que pueden encontrarse giros a una repetición pueden ser también del orden de lo estético. Aún “antes” de la comprensión detallada de lo que (me) ocurre, la vivencia de una experiencia que trastoque la estética instalada puede abrir nuevos caminos.

De este modo, si se me permite la referencia a un autor que no pertenece al campo de la salud, pienso que Aníbal Quijano (2014) aporta un modo de interrelacionar la estética con la cualidad conflictiva de la salud que planteaba anteriormente:

“En ese sentido, toda propuesta estética que no se resigne al comentario de lo existente, que se dirija a liberar la producción imaginativa, esto es, el imaginario real, sus modos de constituirse, sus formas de expresión y sus modos de producirlas, subvierte el universo intersubjetivo del poder. Es un momento y una parte de la constitución de una nueva racionalidad, de un nuevo sentido histórico de la existencia social, sea esta individual o colectiva. Porque sólo dentro de –o en referencia a– ese proceso puede, en verdad, producirse la liberación del imaginario. Es, precisamente, de esa manera que la utopía emerge y se aloja, primero, en el reino de la estética.”
(2014, pág. 735).

Si “enfermarnos”, en salud mental, no es contraer un agente externo, sino lidiar con vínculos “alojados” en formas de relación y expresión que nos llevaron a perder la capacidad de resolución de conflictos (Ferrara, 2005) desde nuestra propia experiencia, inventar una salida al padecimiento puede ser hacer emerger la utopía de un nuevo orden de cosas “en el reino de la estética”, en esas formas.

Encuadres

No es la pretensión de este punto, tal como se plantea en el escrito todo, formular concepciones generales en relación al encuadre en Musicoterapia. La intención es presentar, más bien, características de los espacios en los que he trabajado. Características que, mientras perduraban, delimitaban lo pertinente de lo que no lo era en el espacio.

Quisiera presentar algunas tipificaciones en este sentido.

Realizo una diferenciación entre lo que llamo espacios ceremoniales y lo que denomino espacios festivos.

Los primeros responden a trabajos en los que la intimidad juega un rol central. Quizá sean los espacios que más se correspondan con lo que en general entendemos por espacios clínicos. Los rituales que allí se generan requieren de un resguardo que les posibilite seguir existiendo. La amenaza a la ceremonia es la profanación. Que algo de lo que allí ocurre sea utilizado en base a reglas ajenas al espacio. El hilo de voz que alguien puso en juego en un canto incipiente, la mínima detención sobre un instrumento de alguien que corría y sobrevolaba todo, pueden ser ejemplos de los rituales que menciono. Las posibles profanaciones pueden ir desde la sobreinterpretación de estos hechos, desde la disciplina que fuera, hasta el pedido de directivos para que, desde los espacios de Musicoterapia, surjan presentaciones en público.

Suelo pensar también que los espacios ceremoniales son centrípetos. Hay una energía que tiende a concentrarse en el centro de una escena. Por supuesto que esto no es algo que pueda lograrse sólo con cerrar la puerta. Un trabajo clínico puede estar bien delimitado en tiempo, espacio y modalidad: es lo que generalmente se entiende como encuadre en tanto constantes de un proceso, pero esto no quiere decir que allí pueda ser resguardado el padecimiento.

Creo que el otro riesgo de la ceremonia es que los rituales, que en un momento fueron novedosos, se vuelvan repetitivos de un modo estereotipado. La intimidad que se genera, para seguir en proceso, en algún momento se tendrá que romper. Pero esa ruptura tiene que venir desde adentro del rito.

Por otro lado, los espacios festivos son expansivos. La energía se genera en el centro pero se propaga. La fiesta es una invitación abierta. Varios de los espacios que he coordinado han tomado esta forma, en general a partir del planteo de una proyección a futuro: armar una murga, grabar un disco, presentar una canción.

Los riesgos de la fiesta, a mi modo de ver, son dos. Uno es la censura. Que se acote (por requerimientos institucionales, falta de recursos, etc.) algo de esa potencia que sale a buscar interlocutores. El otro riesgo es que la fiesta devenga totalizadora, que se imponga. Esto es, si algo de un proceso decide mostrarse, no quiere decir que “todo” deba mostrarse, si algunos deciden mostrarse, no quiere decir que “todos” deban hacerlo.

Por último, en una práctica que trasciende la especificidad de la Musicoterapia, quisiera nombrar el trabajo propio de acompañar espacios cotidianos en las instituciones. En diferentes campos de práctica, no es raro que nos encontremos trabajando en servicios en los que se desayuna, almuerza, o, directamente, se vive. No es raro, tampoco, que nos encontremos acompañando el estar en estas instituciones más allá de los espacios específicos. A este trabajo lo llamo “clínica de los gestos cotidianos”. Los malestares con los que me he encontrado en el trabajo se tejieron, según los relatos de los protagonistas, no sólo a partir de grandes hechos traumáticos, sino desde una urdimbre densa de experiencias habituales. El desprecio, lo confuso, lo invasivo, se hacían presente en momentos usuales de la vida muchas veces rutinaria. ¿Por qué no valorar entonces la oportunidad de poner en juego gestos que provoquen apertura en un sentido clínico? Aquí, la Musicoterapia puede tener, tal como venimos insistiendo, un punto de lectura interesante: las estéticas de esos gestos, las formas en las que se ponen en juego.

Contra el éxito

A modo de cierre quisiera decir que este pequeño escrito renuncia explícitamente a algunas pretensiones, como se indicó al principio, pero se afirma férreamente en una: la crítica al relato del caso clínico exitoso.

No es raro que, en las disciplinas del campo de la salud, nos topemos con la lectura de relatos clínicos en los que “todo termina bien”, no pocas veces de la mano de intervenciones esclarecedoras y brillantes, aunque se presenten con modestia. Yo no viví esa novela. Y creo que en el relato del caso clínico exitoso late un corazón positivista: la comprobación de que la teoría “funciona”, por lo tanto, es verdadera.

El trabajo en salud está lleno de contradicciones, y negarlas es una ilusión.

Los cambios “positivos” en quienes asisten a espacios de salud -y aquí me permito más que nunca la falta de científicidad-, el semblante más fresco, el cuerpo más suelto, el gesto afectuoso espontáneo, logran verse, muchas veces, después de un largo tiempo de trabajo. En el “medio”, siempre desde mi experiencia, hay, para el/la trabajador/a, dudas sobre sus lecturas e intervenciones, angustia ante la gravedad de algunas situaciones, cambios de idea que revelan intervenciones pasadas como errores, encuentro con aspectos personales no trabajados, etc.

Y, claro está, no siempre las cosas “terminan bien”. Básicamente, porque no es esa nuestra tarea. Porque no siempre, a quien asiste a espacios de salud le es posible adentrarse en un trabajo genuino que le permita salir de su sufrimiento, y de los “beneficios” que puede traerle aparejados y le brindan sostén. Porque no siempre los/as trabajadores/as estamos a la altura de acompañar los procesos clínicos. Porque nuestro trabajo no está en que las cosas se dirijan en un sentido determinado, sino en que

aparezca una diferencia a la repetición del sufrimiento. Lo que el otro haga con esa diferencia escapa, quizá afortunadamente, a nuestro accionar.

Consideraciones finales

Como último punto de este escrito incluyo las siguientes “Consideraciones finales”. Presento las mismas no como una conclusión, ya que una escritura tan fragmentaria y basada en esbozos de reflexiones como la presente no puede, ni pretende, cerrarse sobre sí misma.

En la línea de lo planteado en el escrito, sostengo que, en gran medida, la escritura sobre la Musicoterapia, y las disciplinas de la salud en general, suele estar construida sobre un modo narrativo de principio, desarrollo y cierre; presentación del conflicto y resolución. Desde la escuela o modelo que podamos tomar, hasta el “relato del caso clínico exitoso”, se extiende la siguiente lógica: exposición del problema-hallazgo de la solución. Creo que podemos nombrar este modo de pensar y escribir, siguiendo a Rodolfo Kusch (1962), como “ciudadino”: decir algo, hallar una cosa, ser alguien. Por el contrario, este intento de escritura pretende estar más cerca de cierta “ruralidad”: sostener una errancia en la conversación, dialogar con otro sin más preocupación que hablar de la vida (de la clínica, específicamente en nuestro caso). Frente al “ser alguien” en el hallazgo de un resultado, se propone el “mero estar” en la conversación (Kusch, 1962).

En definitiva, se trata de la pregunta: ¿cómo vamos a hablar de la clínica en Musicoterapia? Y en esa pregunta incluyo “la teoría”, pero no como afirmación, sino como apropiación de la contradicción. Si el modo principal de producir teoría pasa por elaborar afirmaciones evitando el riesgo de contradecirse, la propuesta de este escrito pasa por asumir las contradicciones e intentar movilizarlas. En ello, pretendo estar más

cerca de las inquietudes que me genera mi trabajo cotidiano que de la reflexión abstracta. En esta dirección, retomando a Kusch (1975), creo que podemos hablar de la clínica en Musicoterapia desde un pensar “no culto”.

“Por una parte se nos impone una lógica que solamente afirma, que residualiza la negación, y por la otra requerimos otra lógica que toma en cuenta la negación y que, en cambio, relativiza todo lo referente a la afirmación. Si la primera es el producto de una seria inquietud respecto a la ciencia, la otra surge de una no menor preocupación por el mero hecho de vivir. Es lo que hace la diferencia entre un pensar culto y un pensar no culto o sea más próximo al vivir.” (Kusch, 1975, pág.: 604.)

¿Este pensar no culto, en nuestro caso, implica desechar autores y bibliografía? De ninguna manera, sí se trata de interpelar la teoría al calor de las preguntas de la clínica, de allí la preocupación “por el mero hecho de vivir”, por el mero hecho de estar en el trabajo que implica la clínica. Sin embargo, este estar en la clínica, este pensar “no culto”, tampoco debiera entenderse como una práctica irreflexiva. Por el contrario, estamos hablando de un pensar complejo, que incluye desde sensaciones hasta categorías de análisis. En definitiva, me refiero a un cuerpo que piensa, situado en un lugar, cruzado por diversidad de emociones, sonidos, palabras, etc.

Pero, sobre todo, la preocupación por el estar en la clínica se relaciona con aquello que la afirmación generalizable y el “éxito” de la intervención esconden: las innumerables tensiones que se suscitan en el trabajo cotidiano. Retomando a Kusch (1975):

“La negación rescata aquello en que se está, las frustraciones diarias, los proyectos no efectivizados, todo eso que hace a la imposibilidad de ser a nivel de Occidente.” (Kusch, 1975, pág.: 643)

Lo diré una vez más: “el relato del caso clínico exitoso” se construye sobre el ocultamiento de aspectos muy presentes en la práctica clínica. Y es en este sentido que hago propio el “rescate” de las “frustraciones diarias”. Por la misma razón, y a contrapelo de este ocultamiento, las reflexiones de este ensayo partieron de consideraciones sobre las condiciones de trabajo y escucha. Por eso se planteó la conflictividad inherente a la salud y por eso se narraron modos de intervenir que, lejos de producir certezas, intentaron mostrar una metodología que probablemente se agote en las experiencias en las que se desarrolló.

Nuevamente, no se trata de descartar la producción teórica de la Musicoterapia, se trata de pensar cómo ubicarnos frente a lo ya escrito y afirmado en la disciplina. Es en este sentido que tomo la “negación” que plantea Kusch. “Negar” las afirmaciones que nos preceden, lo que otros/as ya dijeron, en nuestro caso, sobre la Musicoterapia, no es no reconocerles su existencia, sino interpelarlas constantemente, desde la práctica, en relación a su vigencia. Y, entonces, cabe la pregunta:

“Ahora bien, ¿qué hay en el escenario a solas, una vez negado todo lo que existe? Pues no más que nuestra pura estrategia de vivir, o sea una política, o sea mi pura posibilidad de ser.” (Kusch, 1975, pág.: 639)

Esa “pureza” no es el descubrimiento de una esencia sino, en nuestro caso, el rescate del darse de la clínica: el trabajo cotidiano con sus condiciones a interpelar, el registro de las líneas de nuestra emocionalidad, la conformación lenta de un hacer musical que muchas veces está lejos de la invención repentina de un nuevo modo de ser

para quien asiste a un espacio de Musicoterapia, o del cambio generado a partir de la “intervención certera” del/la musicoterapeuta. En este sentido, estoy más cercano a pensar la clínica en Musicoterapia desde la recreación de modos de estar, lo que ocurre muchas veces lentamente y en cambios casi imperceptibles, que desde el esclarecimiento del acontecimiento.

Si no podemos extraer de este modo “no culto” de pensar la clínica afirmaciones que podamos trasladar a otros ámbitos y prácticas, ¿qué sentido tiene escribir? Quizá escribir no tenga otra pretensión que contribuir a avivar el fuego de los debates que con compañeros/as de la Musicoterapia, y otras disciplinas afines, venimos teniendo; y si se pueden abrir nuevas vías de diálogo mejor aún. ¿Adónde nos llevará esto? No importa, quizá sea mejor no encontrar un resultado que nos dificulte aún más pensar las nuevas situaciones que nos encontraremos mañana. El fin es la conversación en sí misma.

Referencias

- Canguilhem, G., (1966). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Editores.
- Fanon, F., (1963). *Los condenados de la tierra*. Editorial Último Recurso.
- Ferrara, F., (2005), *Atención primaria en salud. Versión desgrabada de la clase del Dr. Floreal Ferrara en el teórico de Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Buenos Aires. Buenos Aires: Unidad Académica Hospital Bernardo Houssay.*
- Gianoni, D., (2002). *De abismos y superficies*. Tesis de grado Licenciatura en Musicoterapia, Rosario, Universidad Abierta Interamericana.
- Kusch, R., (1962). *América profunda*. Editorial Fundación Ross.
- Kusch, R., (1975). *La negación en el pensamiento popular*. Editorial Fundación Ross.
- Quijano, A., (2014), *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. Clacso.

Rodríguez Espada, G., (2016). *Pensamiento estético en musicoterapia*. Universidad Abierta Interamericana.

Rolnik, S. (2004). Transformaciones contemporáneas del deseo. *Revista Campo Grupal*, 7(63), 2 – 4.

Sobre el autor

Iván Ezequiel Fernández.

Lic. en Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario. Magíster en Salud Pública. Universidad Nacional de Rosario. Docente Licenciatura en Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario. Miembro equipo de tutores de Taller de Tesis I y II. Maestría en Salud Pública. Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario. Sub-coordinador Dispositivo Integral de Abordaje Territorial. Rosario.