



Universidad Abierta Interamericana

La escucha musicoterapéutica de la producción sonora en sus aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido.

Abordaje desde la experiencia clínica de musicoterapeutas en Gran Buenos Aires

Trabajo Final Integrador

Licenciatura en Musicoterapia

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Alumna: Paola Beatriz Cenzabella

Tutor: Mag. Gustavo Rodríguez Espada

Buenos Aires, Octubre 2022

Agradecimientos

Pablo, Timoteo y Florencia... mis Amores.

Mis Maestras:

Andrea Barreto, a su compañía siempre, su guía amorosa, su entusiasmo y optimismo.

Claudia Banfi, a su sabiduría compartida, su confianza y su amorosidad.

Alejandra Giacobone, a su generosidad, entrega y disposición.

Claudia Banfi, Andrea Barreto, Romina Bernardini, Gustavo Gauna, Alejandra Giacobone, Claudia Heckmann, Patricia Pellizzari, Virginia Tosto y Ariel Zimbaldo, por compartir sus recorridos y disponerlos generosamente.

Andrea Barreto y Carolina Vesco por sus lecturas y sugerencias.

Patricia García y Paula César, por la compañía, por sus aportes y por condimentar con humor.

Todos los profesores apasionados que con aguzada escucha acompañaron esta formación.

Amigos y compañeros, por el sostén y andamiaje.

.

Resumen

Esta investigación exploratoria-descriptiva aborda la escucha musicoterapéutica (EM) de la producción sonora, particularmente sus aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido. Por medio de entrevistas, el escrito se funda en la experiencia clínica de musicoterapeutas que ejercen su profesión, desde orientaciones disímiles, en Gran Buenos Aires.

Ante la inquietud acerca de cuáles son los aspectos relevantes de la EM de la producción sonora, particularmente en sus planos descriptivo-material y de construcción de sentido, nos encontramos con la necesidad de abordar distintas cuestiones que hacen a nuestro objeto de estudio. Para ello precisamos indagar sobre qué es la escucha musicoterapéutica; qué se escucha cuando se escucha la producción sonora en el ejercicio clínico, y qué nodos de interés señalamos en la escucha de sus aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido.

Las conclusiones arribadas nos permiten reconocer que si bien no hay un consenso unánime en estas cuestiones, es posible encontrar acuerdos que delimitan la EM como una disposición de apertura a la expresión del sujeto.

Al mismo tiempo, este trabajo se vuelve un campo de debate, problematización y reflexión crítica a partir de las múltiples aproximaciones al tema que promueven los musicoterapeutas entrevistados.

Palabras clave: escucha, escucha musicoterapéutica, funciones de la escucha, producción sonora, aspecto descriptivo-material de la producción sonora, aspecto de construcción de sentido de la producción sonora.

ÍNDICE

CAPÍTULO I:

PERSPECTIVA TEMÁTICA

I. 1) Tema.....	p. 7
I. 2) Introducción.....	p. 7
I. 3) Planteo de la problemática.....	p. 8
I. 4) Justificación y relevancia.....	p. 9
I. 5-a) Objetivos generales.....	p.10
I. 5-b) Objetivos específicos.....	p.10
I. 6) Estado del Arte.....	p. 11

CAPÍTULO II:

PERSPECTIVA TEÓRICA

II. 1) Sobre la perspectiva teórica de abordaje a la EM de la producción sonora en la clínica. Epistemología de la complejidad y teoría del pensamiento estético.....	p. 16
II. 2) Sobre la concepción de EM.....	p. 18
II. 3) Sobre las funciones de la escucha de la producción sonora.....	p. 21
II. 4) Sobre la EM de la producción sonora, particularmente de sus aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido.....	p. 23
II. 4-a) Sobre la EM del aspecto descriptivo-material de la producción sonora.....	p. 24
II. 4-b) Sobre la EM de los aspectos inherentes a la construcción de sentido en la producción sonora.....	p. 25

CAPÍTULO III:

PERSPECTIVA METODOLÓGICA

III. 1) Metodología cualitativa.....	p. 27
III. 2) Tipo de investigación.....	p. 27
III. 3) Modalidad de trabajo final integrador.....	p. 27
III.4) Selección de unidades de análisis.....	p.28
III. 5) Fuentes y recolección de datos.....	p. 29

III. 5-a) Instrumento de recolección de datos.....	p. 29
III. 5-b) Modelo de entrevista.....	p. 30

CAPÍTULO IV:

PERSPECTIVA ANALÍTICA

IV. 1) Presentación de los ejes de análisis.....	p. 31
IV. 1-a) Eje de análisis 1. Concepción de EM.....	p. 32
IV. 1-b) Eje de análisis 2. Funciones de la EM de la producción sonora.....	p. 32
IV. 1-c) Eje de análisis 3. EM del aspecto descriptivo-material de la producción sonora.....	p. 33
IV. 1-d) Eje de análisis 4. EM de los aspectos inherentes a la construcción de sentido de la producción sonora.....	p. 33
IV. 2) Análisis de los ejes.....	p. 34
IV. 2-a) Eje de análisis 1. Concepción de EM.....	p. 35
IV. 2-b) Eje de análisis 2. Funciones de la EM de la producción sonora.....	p. 39
IV. 2-c) Eje de análisis 3. EM del aspecto descriptivo-material de la producción sonora.....	p. 45
IV. 2-d) Eje de análisis 4. EM de los aspectos inherentes a la construcción de sentido de la producción sonora.....	p. 47

CAPÍTULO V:

REPORTE

V. 1) Conclusiones.....	p. 50
-------------------------	-------

REFERENCIAS.....	p. 54
-------------------------	--------------

ANEXOS

Anexo I- Cuadro de Análisis.....	p. 57
Anexo II- Entrevistas.....	p. 75
Entrevista a Claudia Banfi.....	p. 75
Entrevista a Andrea Mariana Barreto.....	p. 90
Entrevista a Romina Benardini.....	p. 112
Entrevista a Gustavo Gauna.....	p. 123
Entrevista a Alejandra Giacobone.....	p. 137

Entrevista a Claudia Heckmann.....	p. 164
Entrevista a Patricia Pellizzari.....	p. 182
Entrevista a Virginia Tosto.....	p. 194
Entrevista a Ariel Zimbaldo.....	p. 207

CAPÍTULO I: PERSPECTIVA TEMÁTICA

I. 1) Tema

La escucha musicoterapéutica (EM) de la producción sonora en sus aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido. Abordaje desde la experiencia clínica del musicoterapeuta en Gran Buenos Aires en la actualidad.

I. 2) Introducción

Cuando empezamos a proyectar esta investigación, nuestro interés se orientó al sonido y sus aspectos materiales. Nuestras lecturas trazaban líneas por el manifiesto futurista *El arte de los ruidos* (Russolo, 1913), *Tratado de los objetos musicales* (Schaeffer, 1988), *En busca de lo audible* (Eiriz, 2016), *El sonido* (Chion, 2019) y otros trabajos que hacen referencia a genealogías del sonido, experimentaciones sonoras y música concreta.

En este contexto, nuestra inquietud inicial giró en torno a la materialidad sonora. Luego de indagar en musicoterapia notamos que algo del tratamiento del sonido, tan elaborado, trabajado, investigado, experimentado y teorizado en otros ámbitos (música, cine, medios audiovisuales, grabación y producción sonora) parecía presentarse, en algún sentido, diluido en los escritos y presentaciones en nuestra disciplina.

La inquietud persistió y se complejizó. Poco tiempo después entendimos que no es el sonido o lo sonoro sin la escucha. Era desde ese punto necesario instaurar la atención como prioridad. Notamos que nuestra comprensión de la escucha musicoterapéutica, por momentos, se encontraba velada.

Nuestras preguntas, como al desandar un camino, fueron de la curiosidad por el tratamiento de la materia sonora y la construcción de sentido, a la inquietud acerca de cómo se escucha cuando se escucha en la clínica, para convertirse luego en qué es la escucha musicoterapéutica.

Esta investigación se propone el camino inverso: indagar sobre qué es la escucha musicoterapéutica; cómo se escucha cuando se escucha una producción sonora en el ejercicio clínico, y qué nodos de interés señalamos en la escucha de los aspectos descriptivo material y de construcción de sentido.

Con esta finalidad recurrimos a entrevistar a nueve musicoterapeutas, elegidos meticulosamente, que representan en su mayoría distintas orientaciones teóricas dentro de la disciplina. Estos profesionales no solo cuentan con una extensa y enriquecida experiencia clínica,

también han producido material teórico que, directa o indirectamente, incumbe a nuestro objeto de estudio.

Comprendemos que centrar la atención en la EM de la producción sonora, especialmente en los planos descriptivo-material y de construcción de sentido, implica un recorte. La EM es un proceso complejo que aborda las múltiples aristas del fenómeno clínico. En la investigación dejaremos por fuera la percepción de los cuerpos, los espacios y los procesos grupales.

Este trabajo se funda en la experiencia de musicoterapeutas. Desde esta premisa y desde nuestro posicionamiento teórico nos resulta inevitable estimar la observación de las propias vivencias de los entrevistados y la puesta en juego de sus subjetividades. Con estas consideraciones de base nos abocamos a nuestro objeto de estudio, que es la EM de la producción sonora.

I. 3) Planteo de la problemática

La EM es un tema actual, en continuo debate en nuestra comunidad. Concebimos la escucha como una acción pilar que funda la práctica clínica y define la especificidad de la disciplina.

A lo largo de nuestra formación, en el ámbito académico, en la lectura de trabajos que refieren a este objeto de estudio o en las ponencias de distintos profesionales de la disciplina, observamos que pareciera no estar del todo consensuado aquello que se define como EM. Al mismo tiempo, identificamos distintas formas de percepción y de relación con la producción sonora, motivo que visibiliza un objeto o foco de escucha variable. Sumado a ello, notamos que el aspecto material, en su dimensión descriptiva y en lo inherente a la construcción de sentido, de cierta manera cercano al análisis sonoro y a la semiología musical, muchas veces se repliega.

A partir de estas observaciones surgen inquietudes acerca de cómo es la EM de la producción sonora, qué escucha el musicoterapeuta y qué nodos de interés se determinan en la consideración de los planos descriptivo-material y de construcción de sentido. A los fines de nuestros interrogantes nos abocamos a investigar la EM de la producción sonora en Gran Buenos Aires en la actualidad y definimos nuestra pregunta directriz:

Desde la experiencia clínica de musicoterapeutas que ejercen desde posicionamientos teóricos disímiles, ¿cuáles son los aspectos relevantes de la EM de la producción sonora, particularmente en sus planos descriptivo-material y de construcción de sentido?

En la consideración de nuestra perspectiva, nos resulta imprescindible señalar la relación de mutua determinación entre aquello que se escucha y el sujeto que ejerce la acción. Partimos de la siguiente premisa: el objeto de la escucha es determinado por la acción de escuchar. La acción de escuchar es determinada por el objeto, por las categorías previas, la experiencia, la intención de escucha del sujeto y el contexto.

Nos interesa abordar la singularidad de este fenómeno desde el musicoterapeuta, como factor determinante en tanto condición de posibilidad de esta acción y mediante el cual se da cuenta del objeto de la misma. Por este motivo indagamos estas dos aristas (escucha-objeto), caras de la misma moneda, sin perder de vista que siempre lo haremos a partir del sujeto.

La complejidad del fenómeno que nos proponemos estudiar implica necesariamente considerar varios planos sin olvidar la interdependencia y codeterminación de los mismos.

En este intento por comprender el objeto de la EM no podemos evitar volver al sujeto, el musicoterapeuta, que realiza la acción, y avanzar hacia el estudio del tema que nos convoca desde esta perspectiva.

I. 4) Justificación y Relevancia

La escucha es un tema complejo que puede ser abordado desde distintos enfoques. La acústica, la psicoacústica, el psicoanálisis, la interpretación musical, la composición, la musicología, la fonoaudiología y la producción de sonido, entre otras, son algunas de las disciplinas que se fundan en esta acción. Sin embargo, en cada propuesta, la escucha adquiere características que la singulariza en tanto contempla una tendencia en el interés por determinadas funciones y formas, ciertas intenciones del sujeto que ejerce la acción, un objeto de destino propio y un contexto que la condiciona.

La EM es un tema que se encuentra en permanente debate en todos los ámbitos disciplinares tanto a nivel nacional como internacional.

Consideramos que es un fenómeno que subyace al ejercicio clínico y define la especificidad de la disciplina, distinguiéndola de otras formas terapéuticas fundadas también en la escucha. No obstante, podemos identificar distintas concepciones de este término al interior de nuestra comunidad. Sospechamos que este podría ser motivo de la vigencia y permanencia del tema como centro de reflexión en los espacios formativos, congresos y trabajos escritos. Inferimos que aún no se ha establecido un concepto acabado, si es que esto fuese posible, al cual adherir o discutir.

En esta investigación se indaga en la EM de la producción sonora, particularmente sus aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido, a partir de diversas perspectivas teóricas

de ejercicio clínico llevadas a cabo en Gran Buenos Aires en la actualidad. De esta manera intentamos revelar los aspectos relevantes y nodos de interés vinculados a la problemática determinada, en la apreciación de una muestra disímil dentro de la comunidad de musicoterapeutas.

Sostenemos que este trabajo, en su recorte y en la consideración de distintos posicionamientos teóricos de ejercicio clínico, complejiza la noción de EM. Como afirma Rodríguez Espada (2016):

Postulamos la necesidad de proliferación heterogénea de signos, siempre intersubjetivables, siempre viviendo en la producción y el tránsito del discurso colectivo de la comunidad, en su diálogo; ya sea instituido, como en un congreso o en la academia, ya informal, en todo encuentro de colegas apasionados por este universo. (p.23)

Por otro lado, creemos que este escrito expone la necesidad de continuar con el desarrollo teórico y experiencial en el estudio de la EM de la producción sonora en el interior de la disciplina. Afirmamos como imprescindible el debate de este tema que fundamenta nuestro ejercicio clínico, desde sus distintas facetas y contemplando su complejidad.

I. 5-a) Objetivo general

- Indagar en los aspectos relevantes de la EM de la producción sonora, particularmente los planos descriptivo-material y de construcción de sentido, desde la experiencia clínica de musicoterapeutas que ejercen desde posicionamientos teóricos disímiles.

I. 5-b) Objetivos específicos

- Analizar la concepción de EM de los musicoterapeutas entrevistados.
- Indagar en las funciones de la EM en la producción sonora desde la experiencia clínica de los musicoterapeutas entrevistados.

- Determinar nodos de interés en la EM del aspecto-descriptivo material de la producción sonora.
- Explorar la EM de los aspectos inherentes a la construcción de sentido de la producción sonora.

I. 6) Estado del Arte

En el proceso de investigación de antecedentes encontramos que, si bien existen múltiples trabajos que hacen referencia a la EM, son una minoría los que se abocan a la EM de la producción sonora, particularmente en sus aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido.

Es menester observar en algunos de los trabajos elegidos, a diferencia del enfoque de nuestra investigación, que sus autores contextúan y recortan la investigación a partir de una población específica y/o algún diagnóstico.

Otros escritos seleccionados no refieren directamente al objeto de estudio tal como lo planteamos en nuestra investigación, aunque sostenemos que resultan de interés, aportan conceptos y categorías vinculadas a la EM que funcionan como antecedentes al presente TFI.

Claudia Heckmann (2009) en su tesis de licenciatura *Dis-posición de escucha en la clínica musicoterapéutica con psicosis. Del caos, la estructura y la forma*, indaga en las condiciones de escucha del musicoterapeuta posibilitadoras de la diferenciación formal en la producción sonora.

Desde un marco teórico que incluye elementos de semiología musical, pensamiento estético en musicoterapia, filosofía deleuziana y pensamiento heideggeriano, y a partir de su propia experiencia, elabora y conceptualiza una idea de posicionamiento de escucha del musicoterapeuta en la clínica de pacientes con diagnóstico de psicosis.

La autora afirma que el proceso de formalización de la materia depende de la percepción. De acuerdo a su propuesta, escucha y producción se co-determinan y coinciden en la materia.

En relación a la escucha del musicoterapeuta señala dos cuestiones nodales. La primera alude a “la dis-posición subjetiva, que se funda en la sospecha misma sobre la percepción disciplinada, proponiendo en cambio cierta disolución de quien escucha, permitiendo el devenir de una escucha sensible (sensible como anterior a perceptivo)” (p.60).

La segunda cuestión indica que esta dis-posición requiere una técnica en el sentido heideggeriano, como aletheia o des-velamiento. Heckmann aclara: técnica como producción, no desde la habitual idea de funcionalidad o aplicación disciplinada de métodos.

Sumado a ello, señala la ética del profesional en función de ambos nodos.

Eugenia Calbet (2018) en la investigación *La escucha musicoterapéutica en la clínica de niños con encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE)*, trabaja la escucha del fenómeno clínico en su complejidad, desde su experiencia con niños que padecen ECNE. En este contexto, Calbet señala necesario complejizar el abordaje de la escucha. Esta propuesta implica el diálogo con diferentes paradigmas atencionales y con distintos posicionamientos musicoterapéuticos, atender y deconstruir los condicionamientos de producción contextual, textual y clínica, y construir el ejercicio clínico a partir de la singularidad y complejidad de los sujetos.

Con relación a la constitución y formalización de la EM, la licenciada diferencia la escucha como intervención y como técnica. Por un lado, la escucha como intervención se describe habilitante del despliegue expresivo y subjetivo del sujeto que interactúa en un escenario vincular desde sus aspectos saludables. Por otro lado, la escucha como técnica supone cierto saber previo del terapeuta sobre el sujeto, depositario pasivo de la aplicación de conocimientos técnicos en función de un objetivo central, la recuperación de un déficit.

Eugenia Calbet (2018) alude a la escucha del detalle, de lo pequeño, de lo sutil como especificidad en la disciplina.

La escucha del musicoterapeuta implica una suspensión de conocimientos técnicos, tiene que estar despojada de preconceptos, silenciosa y sensible al encuentro del niño con sus gestos, sin anteponer ningún conocimiento que clausure sus producciones expresivas (sin instruir, estimular, disciplinar, enseñar música, modelizar, moralizar...), en un contexto donde la sutileza de lo expresivo pueda transformarse en un acontecimiento subjetivante.
(p.125)

Al finalizar su escrito, la musicoterapeuta señala la permanente búsqueda del escuchar como acto ético.

Federico González (2018) en su tesis *Perspectivas de escucha del musicoterapeuta durante la improvisación*, acude a un marco teórico respaldado en trabajos de musicoterapeutas internacionales y considera diversas líneas y corrientes en la disciplina que utilizan la improvisación como experiencia musical. Desde este enfoque distingue dos grandes ejes de análisis: la escucha resonando y la escucha analítica. Esta diferenciación le permite a González elaborar las categorías de análisis e indagar las perspectivas de escucha del musicoterapeuta en la Argentina, por medio de entrevistas.

La perspectiva de escucha resonando incluye la intuición musical, la toma de sonidos del cliente como discurso sonoro, el “Ser-en-la-música” (concepto de Nordoff Robbins), la representación de la ejecución musical (metáforas, imágenes mentales, símbolos, asociaciones), la importancia del código no verbal y la libertad de expectativas musicales.

La perspectiva de escucha analítica atiende los elementos musicales, la influencia de la historia musical personal, la interpretación del cuerpo y el análisis clínico (considera la experiencia clínica).

González afirma en sus conclusiones que ambas perspectivas en la práctica son complementarias y que algunos conceptos fundados en los desarrollos teóricos de autores internacionales son desconocidas por los musicoterapeutas locales.

Romina Bernardini (2008) en su ponencia *Elementos organizadores para el análisis fenomenológico de las producciones sonoras individuales*, propone un abordaje desde la fenomenología.

Según Bernardini, conocer la producción sonora desde la musicoterapia implica una posición y una actitud fenoménica, la vivencia de la experiencia sin presuposición de ningún tipo dado que, aquello que se percibe es la cosa misma. En este sentido, esta disposición fenomenológica presupone una intuición empírica (conocer el objeto por lo que es) y una intuición eidética (la producción sonora excede lo sonoro y se perciben dinámicas que están presentes en todo el campo real del sujeto).

La autora afirma que el análisis fenoménico dispone a una escucha particular, basada en varias perspectivas: escucha sensual, escucha formal, escucha intuitiva eidética. Entonces la escucha en musicoterapia tiene la finalidad de conocer y puede hacerlo de tantas formas como la experiencia fenoménica lo permita. La musicoterapeuta señala especialmente las formas dinámicas, aspecto que refiere a la dialéctica entre la permanencia y el cambio, y propone las “Funciones Sonoras” (diferenciación, selección, combinación, repetición, constancia, variación, integración)

como grados de dinamismo que el sujeto le imprime a los sonidos, entre las tendencias de repetición y cambio, estabilidad y creatividad.

Desde esta perspectiva, el sujeto es y se produce en su producción sonora, y el musicoterapeuta escucha esa existencia como dinámica.

Elcira Belloc (2009) en la conferencia brindada en el marco de la IV Jornada de musicoterapia en el Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, expone el concepto de escucha trabajada en musicoterapia.

Define la escucha como una acción vincular que habilita los intercambios intersubjetivos mediante la materia sonora. “Las cualidades sonoras son a la escucha pantallas en la que se inscriben los gestos, las esperas, las alternancias, los ritmos, es decir la creación de modos de existencia”.

Según Belloc, la escucha trabajada es donde algo hace marca y esas marcas son escrituras enigmáticas que sostienen la construcción de un horizonte inalcanzable y que habilitan el proceso terapéutico.

En esta ponencia diferencia la escucha directa (in situ en la clínica) de la acusmática. La acusmática permite renovar la escucha, aislándola de otras formas perceptivas y creando las condiciones para una escucha reducida.

Es pertinente aclarar que Elcira Belloc fue discípula de Pierre Schaeffer, lo que explica el trabajo de adaptación disciplinar que la musicoterapeuta realiza de los conceptos desarrollados por su maestro.

El objeto sonoro es el correlato de la escucha reducida e implica, indefectiblemente, una intención de escucha específica; es una unidad sonora percibida en su materia, textura, cualidades y dimensiones perceptivas propias.

La escucha trabajada propone un descondicionamiento y nuevas posibilidades de los hábitos de escucha y propicia una apertura en la comprensión del sentido del discurso.

La musicoterapeuta afirma que “el sujeto solo adviene como tal en la trama relacional, adviene y deviene en el intercambio”. Esto se escucha en las relaciones entre los sonidos y en las cualidades de la materia sonora.

Alejandra Giacobone (2011) en la ponencia *Cualidades sonoras de la Infancia* del Congreso Latinoamericano de Primera Infancia SAPI/WAIMH hace referencia al concepto de escucha trabajada como lo propone su maestra Belloc y agrega que: “Escuchar en el Decir” implica un posicionamiento clínico y conceptual de la disciplina y de la profesión.

Enuncia: “la clave está en la escucha, no en el sonido” y fundamenta: “la especificidad de ese escuchar es ir al encuentro de un material, que analizado modal y cualitativamente, promueve un enlace entre los discursos del cuerpo y la palabra escuchados en el decir.”

De acuerdo a su planteo, distingue el decir escuchado del contenido semántico. La acción subjetivante de la escucha es posible cuando, en términos de la musicoterapeuta, se hace del decir un lenguaje.

Por su parte, Lía Rejane Mendes Barcellos (2012), en su estudio de caso *Música, Sentido y Musicoterapia, a la luz del modelo tripartito Molino/Nattiez*, propone una articulación de su experiencia clínica en musicoterapia interactiva con la semiología musical.

Valiéndose de las investigaciones de Bruscia, Mendes Barcellos afirma que las producciones tienen que ser escuchadas y comprendidas por el profesional. La escucha implica un análisis que involucra la descripción, la comprensión y la interpretación de la música del paciente.

El paciente, narrador musical de su propia historia, deja un vestigio a través del cual un sentido puede ser comunicado. Este vestigio tiene una realidad material, una forma y es de naturaleza polisémica. El musicoterapeuta se encarga de analizar, interpretar y reconstruir un sentido entre todos los posibles. Para ello se vale del análisis del vestigio, la consideración de los procesos de producción (paciente) y los de recepción (musicoterapeuta). Mendes Barcellos explica este proceso mediante el modelo semiológico de análisis musical elaborado por Molino, en el que la música tiene un triple modo de existencia: objeto arbitrariamente aislado, objeto producido y objeto percibido.

Para concluir la investigación, la musicoterapeuta señala la diferencia entre el análisis musical en musicoterapia y el análisis musicoterapéutico. El primero alude a la comprensión del acontecer musical de la sesión. El segundo aborda la comprensión del paciente a través de lo musical que él expresa o como él expresa.

Se trata de comprender al objeto, en el sentido etimológico hasta identificarse con él. El arquero no apunta al blanco, el arquero y el blanco son dos polos de un mismo proceso. El artista participa de la misma visión unitaria del mundo. No trata de describir el objeto sino de reflejar el sentimiento creado en él por impregnación de ese objeto, hace la experiencia del blanco recibiendo a la flecha. Me parece que, del mismo modo, mi material no es la nota musical, ni siquiera el sonido musical, sino el sentimiento creado por esta nota y por este sonido. El material no es el espectro armónico (objeto), sino la armonicidad de ese espectro (sentimiento), y más aún las posibilidades de cambio que supone el movimiento de la flecha (Murail Tristan, 1989, p. 202).

CAPÍTULO II: PERSPECTIVA TEÓRICA

II. 1) Sobre la perspectiva teórica de abordaje a la EM de la producción sonora en la clínica. Epistemología de la complejidad y teoría del pensamiento estético

La EM como acción fundante del fenómeno clínico, puede ser pensada como un entrecruzamiento de complejidades. Gustavo Gauna (2015) en sus escritos sostiene que situarse desde un posicionamiento que contempla la complejidad es parte de la profesión y al mismo tiempo una decisión ética.

A partir de *Epistemología de la complejidad* (Morin, 1995) y mediante la interpretación y direccionamiento a nuestro campo disciplinar a través de Gauna, señalamos la comprensión del sujeto como variable necesaria en la construcción del conocimiento. De esta manera, nuestro objeto de escucha resulta inseparable de las estructuras de nuestro conocimiento. Como afirma Claudio Eiriz (2016): “si el objeto tiene algo para decirnos, no será otra cosa que los modos en que nos apropiamos de él al tiempo que lo creamos” (p.47).

Resulta necesario, para el estudio de la EM de la producción sonora en la clínica, que el musicoterapeuta se observe/escuche a sí mismo escuchar.

Desde esta misma perspectiva entendemos que nuestro objeto de interés se encuentra atravesado por una realidad multifacética, que contempla distintas aristas. Tal como lo describe Gauna (2015), “la complejidad rescata justamente una permanente recursividad que no reconoce un eje central, ni definitivo, ni de verdad absoluta” (p.24).

Escuchar desde este enfoque incluye la consideración de la mayor cantidad de variables posibles y la pregunta permanente acerca de los criterios y categorías que condicionan la escucha; atiende la multiplicidad de tramas que se enlazan en el fenómeno y la imposibilidad de abarcarlo desde una única perspectiva que agote su comprensión.

Gauna (2015) enuncia:

Entonces una lectura pertinente desde lo estético, implica un ubicarse en lugares de intersección de conocimientos, de todo tipo. Desde el pensamiento estético, es tan importante el conocimiento como tal, como la red de interacciones sobre las cuales forjaremos ese entendimiento amplio. Es aquí que el pensamiento estético y el pensamiento complejo se entrecruzan en su ética (p.28).

Situados desde un posicionamiento clínico cuyo encuadre es la teoría del pensamiento estético en musicoterapia, sostenemos que “el espacio clínico musicoterapéutico se estetiza y deriva desde un orden trascendente hacia el territorio del acontecimiento, del devenir formal. El mismo en el que mora la música” (Rodríguez Espada, 2016, p.66).

La clínica en musicoterapia es pensada como la región de eventos en donde lo que permanece fijo y sin alternativa, disciplinado a una estética, deviene en posibilidades, aperturas significantes para un sujeto y su entorno social.

El acontecimiento clínico se gesta en la posibilidad de fundar novedosamente una forma. La forma se expresa en la materialidad, es observable en el sonido, en el cuerpo, en los vínculos, y permite modificaciones subjetivas alternativas a lo dado. La subjetividad y su formato no difieren; éste último permite advertir el poder disciplinante o la potencia emancipadora. Cuando esta última se manifiesta en el surgimiento de alternativas en la expresión del sujeto, estamos ante la presencia de un acontecimiento estético, clínico, musicoterapéutico.

La expresión se vuelve una posibilidad en tanto hay alguien que la percibe como tal. El fenómeno clínico se da en el interior de un vínculo. Para que acontezca un sujeto será necesario otro que, por medio de su escucha, habilite la expresión.

Rodríguez Espada (2016) afirma “no es posible percibir algo sin formalizar ni habrá entidad alguna a la que pueda darse forma sin tornarla perceptible. Circular y recursivamente estos términos definen una estética” (p.110).

Para introducirnos en la problemática que nos convoca, recurrimos a la acepción del concepto de EM a partir de los trabajos de distintos docentes musicoterapeutas que participaron en nuestra formación en la UAI. Con el objeto de comprender las funciones de la escucha de la producción sonora, acudimos a conceptos claves de Schaeffer interpretados por Eiriz (2016). Finalmente, abordamos la EM de la producción sonora, particularmente sus aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido, por medio de los desarrollos teóricos de Rodríguez Espada, exponente de la teoría del pensamiento estético en musicoterapia.

II. 2) Sobre la concepción de EM

Entre las definiciones del concepto de *escucha* que propone la Real Academia Española encontramos dos posibilidades. Por un lado, las que refieren a la acción vinculada a la percepción mediante el sentido del oído, por ejemplo:

- “Acción de escuchar” (Real Academia Española, 2022).

Por otro lado, las que emplean el término como sustantivo y designan a una persona o a un objeto. A modo ilustrativo señalamos:

- “Criada que dormía cerca de la alcoba de su ama para poder oír si la llamaba” (Real Academia Española, 2022).

- “Ventana pequeña dispuesta en las salas de palacio donde se tenían los consejos y tribunales superiores, para que pudiese el rey, cuando gustase, oír sin ser visto lo que en los consejos se votaba” (Real Academia Española, 2022).

De acuerdo a lo expuesto en los trabajos de algunos referentes de nuestra formación en la UAI, identificamos que la concepción de EM también entrama las dos acepciones mencionadas, una que deriva del verbo *escuchar* como acción perceptiva; otra como sustantivo, *la escucha*, en tanto denota una disposición o actitud del musicoterapeuta.

Claudia Banfi enuncia que la EM debe ser abierta a las sonoridades del mundo y necesariamente esas sonoridades deben escucharse como música. Destaca la importancia de encontrar interés sonoro musical a la producción clínica, esto permite un impacto sensible y una respuesta desde un lugar genuino de intercambio. De esta manera se habilita la posibilidad de un acontecimiento estético. (Perez Molero, 2020, p.47)

En este contexto, Banfi (2021) adapta a nuestro campo disciplinar la noción “escucha música (del músico)” elaborada por Pierre Schaeffer; definiéndola como “esa escucha capaz de percibir una musiquita allí donde hasta entonces no la había, no porque no existiera en tanto fenómeno acústico sino porque faltaba el oído que sensiblemente la percibiera como tal” (p.166).

En la clínica, nos posicionamos como músicos que escuchan a quien hace música. Esta escucha musical aporta las condiciones para que las producciones de la clínica, los sonidos y silencios, resulten expresivas, formalicen conexiones, se tornen significativas y afecten las subjetividades.

Al mismo tiempo, Banfi señala:

Los musicoterapeutas nos entrenamos para escuchar. Y aquello que escuchamos – en la música, los cuerpos, los sonidos, los silencios, las palabras – son las formas en que cada sujeto está atrapado, y aquellas que se nos aparecen como signos de fuga de la encerrona, como espacios intersticiales o lugares de afirmación de una libertad (Banfi, 2015, p.60).

Gustavo Langan (2005) afirma que situarse desde una escucha particular, que sostiene el discurso de un sujeto, le asigna valor estético y reconoce a su productor, implica un posicionamiento terapéutico e ideológico que depende de la formación profesional, de la subjetividad y de la historia del terapeuta.

Langan propone la contemplación como disposición de escucha que confiere a la producción sonora de los sujetos el carácter de obra. En “el acto del atento escuchar”, como espectadores privilegiados de la escena sonora clínica, ese hacer con el sonido se vuelve discurso estético comunicante. Este hecho único, posible en la sesión, es el fenómeno estético y depende de una escucha que no juzga, pero dota de sentido.

Desde su disposición de escucha promueve el sostén de las producciones sonoras y el rescate de fragmentos sonoros en una producción caótica, jerarquizar lo nuevo y explicitar lo que emerge como diferente.

De acuerdo a lo enunciado, la EM implica una disposición del Musicoterapeuta.

Entre las definiciones del término disposición que propone la Real Academia Española, señalamos: “acción y efecto de disponer” (2022). Disponer significa “colocar, poner algo en orden y situación conveniente” (Real Academia Española, 2022).

Desde esta acepción, la disposición del musicoterapeuta comprende la acción y el efecto de colocarse en una situación/posición conveniente para el ejercicio clínico.

En la teoría del pensamiento estético en musicoterapia, Rodríguez Espada (2016) acude a los conceptos epistemología y estética para referirse a la posición del musicoterapeuta. Para ello se remite al significado original de estos términos: epistemología como “posición ventajosa para observar” y estética como “perceptible por los sentidos” (p.110).

“Pero no es posible percibir algo sin formalizar ni habrá entidad alguna a la que pueda darse forma sin tornarla perceptible. . . . la estética es una marca epistemológica, porque según la rigidez o amplitud de movimientos que me permita para situarme en el lugar más ventajoso para observar (percibir-formalizar) será lo que observe-escuche y acaso comprenda” (Rodríguez Espada, 2016, p.110).

Desde esta perspectiva, el discurso que se atiende en musicoterapia está constituido por materia significativa distinta a la palabra, es decir, está construido sobre una estética.

A partir de estas consideraciones, la escucha como disposición determina a la escucha como acción perceptiva. La disposición que tiende a la a-disciplina estética se procura “reconstruir nuestras estéticas (epistemologías) individuales, y dejarnos libres para movernos perceptivamente, epistemológicamente. Es una mención de la curiosidad como ética posible” (Rodríguez Espada, 2016, p.111).

El concepto a-disciplina estética, instaurado por Rodríguez Espada, refiere a la deconstrucción de saberes; hace mención a una aspiración utópica más que a un objetivo ciertamente realizable. Como lo expresa Claudia Heckmann (2009), esta disposición a-disciplinada, implica necesariamente una formación perceptiva que permita la experiencia y la deconstrucción de la misma. En este sentido, hablamos de una disposición más que de una condición.

No tendremos por lo tanto la pretensión de conocimiento aséptico, puro sobre el objeto. No obstante, la aceptación de este hecho no exceptúa la necesidad de cierta técnica para la escucha. No podemos reconocer aquello que nunca hemos conocido. . . . El trabajo de escuchar requerirá de un ejercicio, de la búsqueda de instrumentos y técnicas, necesarios para no perdernos en la compleja espesura de la materia sonora. Es ésta tal vez una mención de alcance ético, referente a la formación profesional. . . . Preferiremos entonces aquel ejercicio necesariamente inquietante, incómodo, que supone la permanente sospecha acerca del hábito. Aquella deconstrucción de estéticas disciplinantes propuesta por Rodríguez Espada, es también la deconstrucción de los discursos que disciplinan a la escucha y la organiza en cómodos hábitos perceptivos (Heckmann, 2009, p.33).

II. 3) Sobre las funciones de la escucha de la producción sonora

De hecho sabemos que olvidar la autenticidad de la percepción es arruinar la noción de objeto. Pero tomar conciencia de esta experiencia es proporcionar un nuevo objeto al pensamiento, utilizar una vuelta sobre la percepción, para examinar mejor su mecanismo. Ya no es escuchar, sino escucharse escuchar (Schaeffer, 1988, p.171).

Si bien el concepto de funciones de la escucha, elaborado por Pierre Schaeffer (1988), ha sido concebido en otro ámbito disciplinar, Claudio Eiriz (2016) reelabora el material y lo aproxima a la formación musicoterapéutica en la UAI.

Las funciones de la escucha han sido desarrolladas acordes a la apreciación del sonido en el ámbito de la investigación sonora y la composición de música concreta.

Pierre Schaeffer (1988) describió tres funciones de la escucha, a las cuales les corresponden una posición e intención de escucha:

-Escucha causal: implica dirigirse activamente a alguien o a algo descrito o señalado por un sonido. Esta escucha es la más natural, remite al sonido como indicio de los acontecimientos sonoros. Alude a la identificación de una fuente. Tiene por intención escuchar.

-Escucha reducida: es anclar en esa materia significativa, cualificar el sonido. Su intención se orienta a entender.

Es posible, entonces, anclar en esa materia significativa que es el sonido sin hacerla objeto de culto ni de placer estético; es decir, sin buscar ninguna referencia exterior al sonido mismo, ya sea su causa o su sentido. Esta otra alternativa es tomar al sonido mismo como objeto de estudio. (Eiriz, 2016, p.38)

-Escucha semántica: otorga sentido, es objeto de la lingüística o del análisis del discurso. Intenta captar signos con el oído. Tiene por intención comprender.

En otras palabras, los sonidos o unidades diferenciales – cierta cualidad de la sustancia sonora que se convierte en rasgo distintivo – se convierten en letra. La música en nuestra opinión sería así una escritura, hecha de trazos sonoros, es decir, soporte material que el discurso toma del lenguaje. Hasta tal punto que, aunque no entendamos el código mismo, sabemos que esos signos – de ahora en más significantes – han sido producidos por alguien y, aunque no los comprendamos, lo que sí sabemos es que cada significativo tiene alguna relación con otro significativo. (Eiriz, 2016, p.37)

En sus ensayos críticos, Eiriz (2016) establece un contrapunto con la propuesta de Barthes (1986) en *El acto de escuchar*.

Entre las afirmaciones del semiólogo señaladas por Eiriz, se encuentra que “Oír es un fenómeno fisiológico; escuchar es una acción psicológica” (p.34). También menciona que el acto de escuchar es definido por su objeto, por su alcance. En la consideración de dicho objeto, Barthes distingue tres tipos de escuchas: la escucha indicial que supone un estado de alerta (similar a la

escucha causal de Schaeffer), la escucha de los signos o códigos que implica un desciframiento (escucha semántica) y por último menciona la escucha psicoanalítica, de carácter intersubjetivo, que requiere de “atención flotante” en términos freudianos (p.33 a 36).

II. 4) Sobre la EM de la producción sonora, particularmente de sus aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido

En la teoría del pensamiento estético en musicoterapia, se denomina ‘estéticas’ a los sistemas que utilizamos para percibir-formalizar la materia. Tomamos la acepción del concepto ‘estéticas’ como aquello “que es percibido por los sentidos, y que necesita, para tal acontecer, de un proceso de formalización que resignifica a la percepción en un movimiento circular de co-determinación” (Rodríguez Espada, 2016, p.46).

Por estos motivos, las ‘estéticas’ constituyen epistemologías.

El objeto de escucha en musicoterapia es el fenómeno estético (FE) como objeto discursivo. Entonces, el discurso es comprendido como configuración material, localizable mediante la escucha del musicoterapeuta. En la clínica será fundamental el reconocimiento del objeto material, al mismo tiempo que la valoración de las condiciones de producción y las de reconocimiento.

Como enuncia Rodríguez Espada (2016):

“la validez de un FE no será consecuencia de la donación de verdad hecha desde algún sistema ajeno al mismo fenómeno, sino que será el FE el que determine el contexto en el que cierta verdad, la propia del evento estético, se manifieste y comprenda como sentido de un discurso” (p.47).

Como hemos mencionado, los FE están constituidos por materia. Para formalizarla y tornarla disponible al sentido recurrimos a las reglas constitutivas enunciada desde la teoría de los discursos sociales por Eliseo Verón: sustitución-contigüidad, discontinuidad-continuidad, arbitrariedad-no arbitrariedad, no similaridad-similaridad.

Las reglas constitutivas resultan un conjunto de dimensiones perceptuales socio-culturalmente determinadas. Suponen un sujeto productor-receptor y una construcción de modos perceptuales. No se define un sistema de percepción y formalización a priori. La formación

discursiva y la construcción de sentido surge en el vínculo y pueden ser comprendidas en el interior del FE. (Rodríguez Espada, 2016, p.49)

Rodríguez Espada recurre al trabajo titulado *Hecho musical y semiología musical* de Jean Molino (1995) para fundamentar el ejercicio clínico musicoterapéutico como una práctica socialmente semiotizada.

A partir de ello, señala que el discurso debe ser comprendido en tres dimensiones que fundan la especificidad de lo simbólico. Este triple modo de existencia comprende: una dimensión del producto material, aislado por ciertas condiciones de reconocimientos; el plano estésico que alude a los efectos en el receptor (comprensión semiótica), y por último el poiético, que abarca la producción, ciertas condiciones son operadas dejando huellas en el discurso (2016, p.17).

Rodríguez Espada (2016) postula:

La música es discurso asignificado: materia formalizada en el tiempo, potencialmente capaz de portar sentido y no discurso sustantivado y clausurado en su potencialidad semántica. La música es, paradigmáticamente, el discurso estético. Este carácter abierto del discurso estético es entonces, su potencia generadora de sentido y de libertad. (p.19)

La EM implica una acción perceptiva que, en el devenir del vínculo terapéutico, habilita la descripción material de la producción sonora y la construcción de sentido del discurso.

Como explicita Rodríguez Espada (2016): “todo proceso perceptivo con acceso a alguna dimensión simbólica, acontece en el lenguaje. Nuestra percepción es tal en tanto el lenguaje como atributo constitutivo nos permite trazar distinciones, y toda distinción es un anclaje de lo posible.” (p. 22)

A los fines de nuestro marco teórico, señalamos dos momentos perceptivos enunciados por el musicoterapeuta: descripción y relevancia.

II. 4-a) Sobre la EM del aspecto descriptivo-material de la producción sonora

Una descripción es siempre un aquietar el fluir del infinito del todo, por un tiempo, descartando existencias posibles y fijando otras, y en un mismo movimiento, es también un

enunciado de posición del sujeto descriptor y una construcción contextual. (Rodríguez Espada, 2016, p.22)

El mentor de la teoría del pensamiento estético en musicoterapia nos facilita la imagen del cartografiado de un mapa para acercarnos sus reflexiones. La utilidad de un mapa radicaría en la posibilidad de tornar visible aquello que perdido en la densidad de lo real se ha tornado indistinguible. (Rodríguez Espada, 2016, p.23)

La descripción se apoya en los ejes semánticos, campo de fenómenos de interés (relevantes), que pueden mensurarse según diferentes procedimientos. Estos proveen la materialidad susceptible de volverse significativa.

Cada eje cuenta con sus características propias en tanto materialidad y procesos de construcción de objetos perceptuales. El fenómeno clínico opera en el entrecruce perceptivo de estos ejes semánticos: sonido, cuerpo, dinámica grupal y subjetividad del musicoterapeuta.

La producción sonora es el soporte matérico de la expresión vinculada al sonido, el primer eje semántico. Una arista de la EM contempla la descripción material condicionada por las categorías con que cuenta el musicoterapeuta y aquellas desarrolladas en el contexto disciplinar.

II. 4-b) Sobre la EM de los aspectos inherentes a la construcción de sentido en la producción sonora

En un segundo momento lógico . . . producirá forma, ordenará la percepción en un flujo de acontecimientos cuyo efecto será una intelección. Ahora un recorte del universo, acontecimiento que se ha tornado comprensible, o mejor, accesible a alguna comprensión. . . . El trazado de estas diferencias es una marca perceptual valorativa: No todas las percepciones son iguales, no todas están en un mismo plano, algunas parecen tener una consistencia capaz de reordenar la descripción, de establecer categorías (Rodríguez Espada, 2016, p24)

Entonces, otra arista de la EM es la que se orienta al señalamiento de las relevancias, la construcción de sentido. El musicoterapeuta dirige su escucha a posibles relaciones, enlaces, relevancias, categorías y ordenamientos en la producción sonora dando lugar al discurso.

Como herramienta ética, dispositivo crítico de un orden ya dado, Rodríguez Espada (2016) propone las permanentes preguntas “¿Desde dónde estamos percibiendo y formalizando? ¿Qué elecciones de lenguaje hemos hecho?” (p.25).

CAPÍTULO III: PERSPECTIVA METODOLÓGICA

III. 1) Metodología cualitativa

Mediante este TFI indagamos en la EM de la producción sonora, particularmente sus aspectos descriptivo material y de producción de sentido, a partir de la experiencia clínica de nueve musicoterapeutas que ejercen en Gran Buenos Aires.

Por estos motivos, optamos por una investigación de carácter cualitativo, “la investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (Sampieri, Collado y Baptista, 2014, p. 358).

III. 2) Tipo de investigación

Este TFI se aboca a la exploración y descripción de la problemática que nos convoca: la EM de la producción sonora, particularmente sus aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido. Para ello, se llevarán a cabo entrevistas semi-estructuradas a nueve musicoterapeutas. A partir de los datos obtenidos se realiza un cuadro con la información relevante, correspondiente a las categorías definidas como ejes, y un análisis lingüístico que orienta las conclusiones del presente escrito.

Definimos esta investigación como un estudio exploratorio, dado que apunta a la obtención de un conocimiento general y sólo aproximado de nuestro objeto de estudio. Es también un trabajo de estudio descriptivo, pues su preocupación primordial radica en la descripción de algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos. (Sabino, 1992)

III. 3) Modalidad de trabajo final integrador

Este escrito asume la modalidad de Estudio de Caso, pues se propone un relevamiento exhaustivo de los trabajos producidos que abordan la problemática que nos convoca. Explora la EM de la producción sonora, particularmente sus aspectos descriptivo material y de producción de sentido, a partir de la experiencia clínica de musicoterapeutas que ejercen en Gran Buenos Aires.

III.4) Selección de unidades de análisis

En la primera etapa de esta investigación, a modo de sondeo, elegimos una muestra heterogénea que incluyó alumnos avanzados de musicoterapia cursantes en distintas universidades y musicoterapeutas profesionales con distintos grados de experiencia. Con esta finalidad realizamos una prueba piloto que incluyó a cuatro participantes. Para tal fin, elaboramos una maqueta de entrevista que nos permitió evaluar la funcionalidad del instrumento y al mismo tiempo definir, con mayor precisión según los objetivos propuestos, los criterios de inclusión y exclusión de las unidades de análisis.

Finalmente, los resultados de esta experiencia indujeron a la reorientación de los criterios de selección de la muestra de musicoterapeutas. Por un lado, consideramos necesario que los entrevistados cuenten con mucha experiencia en el ejercicio musicoterapéutico, por lo que decidimos arbitrariamente que estén graduados hace más de quince años y se encuentren en actividad. Por otro lado, que cada uno de ellos resulte referente dentro de la comunidad. Para determinar esta condición se ha valorado su rol docente universitario en la formación musicoterapéutica y la producción de investigaciones, escritos y conferencias sobre temas afines a la problemática que nos incumbe.

Al mismo tiempo, estimamos interesante que la muestra permita analizar datos que provengan de diversas orientaciones teórica de ejercicio musicoterapéutico. En función de ello, no se ha valorado ningún criterio específico.

Con la finalidad de recortar nuestro campo de estudio, optamos por recurrir a musicoterapeutas que desarrollen su ejercicio profesional, docente y clínico, en Gran Buenos Aires.

Los musicoterapeutas entrevistados son:

- Banfi, Claudia. Egresada de la USAL (1976). Se licenció en la UAI (2005). Orientación teórica: paradigma estético. Ejerce la docencia en la UAI sede Buenos Aires.

- Barreto, Andrea. Egresada de la USAL (1989). Orientación teórica: teoría postestructuralista. Ejerció la docencia en la UAI sede Buenos Aires.

- Bernardini, Romina. Egresada de la USAL (1995). Se licenció en la USAL. Orientación teórica: musicoterapia psicoanalítica en diálogo con la filosofía y con el pensamiento deconstructivo. Ejerce la docencia en la USAL y UBA.

- Gauna, Gustavo. Egresado de la USAL (1981). Se licenció en la UAI (2002). Orientación: pensamiento estético. Ejerció la docencia en la UAI sede Buenos Aires. Ejerció la docencia en la UAI sede Buenos Aires.

- Giacobone, Alejandra. Egresada de la USAL (1986). Orientación teórica: su posicionamiento se funda en la escucha trabajada, “un modo muy específico de formarse en la escucha para que la intervención tenga su especificidad que es musicoterapéutica” (entrevista a Giacobone, p. 5). Ejerció la docencia en USAL, UAI sede Rosario y sede Buenos Aires.

- Heckmann, Claudia. Egresada de la UAI sede Rosario (2000). Se licenció en la UAI sede Buenos Aires (2010). Orientación teórica: la línea de pensamiento de Deleuze y Guattari (Esquizoanálisis). Ejerce la docencia en la UAI sede Buenos Aires.

7- Pellizzari, Patricia. Egresada de la USAL (1981). Se licenció en la USAL (2000). Orientación teórica: teorías sociales. Ejerce la docencia en la USAL.

8- Tosto, Virginia. Egresada de la USAL (1991). Se licenció en la USAL. Orientación teórica: psicoanalítica y cognitivo-conductual. Ejerce la docencia en la UBA y en UMAZA.

9- Zimbaldo, Ariel. Egresado de la UBA (1998). Se licenció en el 2005. Orientación teórica: modelo de terapia no verbal de Benenzon. Ejerce la docencia en la UBA y en la UNA.

III. 5) Fuentes y recolección de datos

La fuente primaria de esta investigación la componen los musicoterapeutas entrevistados.

III. 5-a) Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos lo conforma una entrevista semi-estructurada que consta de catorce preguntas, que sondean y abordan la problemática del presente trabajo.

El cuestionario incluye la presentación del entrevistado, por medio de los datos personales, que permiten contextualizar las respuestas. En general, las preguntas se orientan a alguno de los cuatro ejes de análisis. Sin embargo, algunas de ellas fueron formuladas para obtener información de carácter global, favorecer la comprensión y enmarcar la totalidad de la investigación.

Todas las entrevistas fueron realizadas mediante Zoom, plataforma virtual para videoconferencias, en la segunda mitad del año 2021. Se grabaron íntegramente para su transcripción. Se informó a los participantes acerca de la finalidad de la entrevista y el alcance de la presente investigación. Al mismo tiempo, se comunicó el interés de incluir la totalidad de ese

material en este trabajo. Los musicoterapeutas consintieron que sea revelada su identidad. Cada uno de los entrevistados recibió una copia de la transcripción con el propósito de que realizara las modificaciones que considerara pertinentes.

III. 3-b) Modelo de entrevista

La escucha de la producción sonora en la clínica musicoterapéutica

Estudiante: Paola Beatriz Cenabella (Licenciatura de Musicoterapia en la UAI)

Objetivo de la entrevista: indagar en la EM de la producción sonora, particularmente los aspectos descriptivo material y de producción de sentido, desde la experiencia clínica del musicoterapeuta.

Datos personales del/la musicoterapeuta entrevistado/a:

-Musicoterapeuta:

-Fecha:

-Institución en la que se formó como Musicoterapeuta (año de graduación).

-Formación en otras áreas vinculadas al sonido y la música.

-Otras actividades relacionadas con la Musicoterapia.

-Área musicoterapéutica en la que se especializa.

Cuestionario:

1-¿Cuál es su orientación o desde qué posición teórica lleva a cabo el ejercicio de la Musicoterapia?

2- De acuerdo a su experiencia ¿Cómo describiría la escucha en la clínica musicoterapéutica?

3-¿Qué niveles o formas de escucha de la producción sonora identifica en su tarea como musicoterapeuta?

4-¿Cuál es el objetivo de la escucha en la clínica musicoterapéutica?

5-¿De qué maneras trabaja, entrena, ejercita o prepara la escucha en función de su tarea como musicoterapeuta?

6- ¿De qué forma tocar música o intervenir sonoramente en una producción en la clínica afecta la escucha? ¿Qué características presenta esa escucha? ¿En qué aspectos se centra?

7- De acuerdo a su criterio ¿Cuál es la música o la producción sonora relevante para el musicoterapeuta? ¿Cómo la describiría?

8- Según su experiencia ¿Qué relevancia tiene lo sonoro dentro de la producción discursiva en la clínica? Fundamentar.

9-¿Qué escucha en una producción sonora en la clínica musicoterapéutica? ¿Qué busca escuchar? (signos, índices, orientado al orden semiológico)

10-¿Cuáles son los aspectos/rasgos/características que identifica en una producción sonora? (desde un orden técnico, vinculado al sonido en su materialidad)

11-¿De qué formas registra la producción sonora de la sesión de musicoterapia? (Crónicas, relatos, gráficos, etc.) ¿Con qué finalidad?

12.a-¿Graba o filma las producciones de la clínica? ¿Con qué finalidad?

b-¿Qué aporta y qué se pierde en la escucha de una producción sonora grabada?

13-¿Qué herramientas le resultan útiles para el análisis de las producciones sonoras?

14-¿Quisiera compartir alguna idea, pensamiento, reflexión, asociación, experiencia en relación a la escucha de la producción sonora en la clínica?

CAPÍTULO IV: PERSPECTIVA ANALÍTICA

IV. 1) Presentación de los ejes de análisis

Con el objeto de orientar y ordenar el análisis de las entrevistas realizadas, determinamos cuatro ejes que ahondan en distintas aristas de la EM de la producción sonora y de sus aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido. Estos ejes se disponen desde las categorías más generales a las particulares de manera que, al concluir el análisis, sea posible abordar el tema de manera integral conforme a las posibilidades del presente TFI.

Diseñamos la entrevista que sustenta el material de análisis de forma tal que cada eje conste de algunas preguntas que remiten a la categoría que aborda. Sin embargo, la totalidad del cuestionario ofrece información para el estudio de todos los ejes. Los datos de los entrevistados resultan un antecedente contextual y las preguntas 1, 8, 12, 13 y 14 son de carácter general, aportan material a todos los ejes: la orientación teórica de ejercicio musicoterapéutico, la relevancia de la producción sonora en el discurso clínico, la EM de material grabado, las herramientas de análisis son cuestiones tangenciales que hemos indagado a fin de contextualizar, complementar y pesquisar datos relevantes en nuestra investigación.

IV. 1-a) Eje de análisis 1: Concepción de EM

Este eje analiza la concepción de EM que los profesionales enuncian desde su propio ejercicio clínico.

Para ello, nos centramos en las respuestas de las preguntas 2, 4 y 6 que exploran la EM desde la descripción del término. Al mismo tiempo, a través del cuestionario, ampliamos la búsqueda de información al orientar la EM hacia la producción sonora e indagamos en su objetivo.

IV. 1-b) Eje de análisis 2: Funciones de la EM de la producción sonora

Con la finalidad de indagar en las funciones de la EM de la producción sonora, inquirimos acerca de los niveles o formas de escucha de la producción sonora reconocidos por los entrevistados en el ejercicio clínico. En esta instancia, nos valemos de las preguntas 3 y 5. La pregunta 3 aborda esta cuestión de forma puntual. La 5 resulta de carácter tangencial, sondea acerca la preparación,

entrenamiento, ejercitación de la EM. Al formular esta pregunta especulamos que explorar el trabajo de formar y disponer la ‘escucha’ puede ofrecer información de interés a este eje.

En la entrevista empleamos los términos niveles o formas de escucha, en sustitución del concepto funciones de la escucha porque suponemos que esta última nominación puede resultar desconcertante y no funcional a la necesidad de nuestra indagación. En esta instancia se explicita el interés por el objeto de escucha de carácter sonoro.

De acuerdo al marco teórico elegido, concebimos como funciones de la escucha la propuesta de Pierre Schaeffer (1988), interpretada por Eiriz (2016). Debido a la diferencia contextual en el que se han desarrollado dichas categorías, nos vemos forzados a adaptar la acepción de cada función de escucha al contexto clínico musicoterapéutico. Por consiguiente, entendemos que la escucha semántica propuesta por Schaeffer se encuentra vinculada con lo que denominamos en este escrito EM de los aspectos relacionados a la construcción de sentido en la producción sonora. Optamos por esta última denominación porque observamos que el término ‘escucha semántica’ se encuentra especialmente vinculado a la lingüística y al significado de las palabras.

Sumado a ello, nos encontramos con la necesidad de adaptar el concepto ‘escucha reducida’. Elegimos la denominación EM del aspecto descriptivo-material de la producción sonora. De esta manera salvamos la diferencia entre las características matéricas del objeto sonoro schaefferiano y la producción sonora clínica. Simultáneamente, extendemos el aspecto descriptivo-material a otros elementos constitutivos de la música.

En base a las respuestas, exploramos las distintas funciones de la escucha del musicoterapeuta en la clínica. Al mismo tiempo, distinguimos hacia dónde se orienta esa escucha, qué arista de la producción sonora atiende, en qué aspecto centra su atención.

Las funciones de la escucha no se dan de forma aislada. Focalizar en cada una, tratar de seccionarlas, es un artificio a los fines de esta investigación. En el ejercicio clínico las funciones de la escucha se encuentran imbricadas, factor que denota la complejidad del fenómeno que investigamos. Señalamos tendencias que permiten un posible abordaje para la comprensión de nuestra problemática de estudio.

IV.1-c) Eje de análisis 3: EM del aspecto descriptivo-material de la producción sonora

Este eje se orienta a determinar nodos de interés en la EM de la producción sonora, particularmente en su aspecto descriptivo-material.

A través de la pregunta 10 averiguamos cuáles son los rasgos, aspectos o características que los entrevistados identifican en una producción sonora que surge en el ejercicio clínico. Este interrogante hace alusión a la materialidad del plano sonoro desde un orden técnico, propio del

sonido y la música. Complementan esta información la pregunta 7 que indaga en la determinación y descripción de la música o producción sonora relevante para el musicoterapeuta, y la 11 que aborda formas de registro. Al explorar sobre la realización de gráficos, partituras, crónicas, relatos, y al atender los términos empleados y las elecciones de cada participante, obtenemos material complementario para el análisis de este eje.

A partir de las categorías o clasificaciones utilizadas, y de los emergentes en las respuestas, identificamos cuáles son los nodos de interés en cuanto a la escucha y profundización en el abordaje de una de las aristas más concretas de la escucha, fundada en la materialidad del fenómeno clínico.

Desde nuestro marco teórico, afirmamos la importancia del análisis de esta instancia descriptiva la cual implica una elección de lenguaje, un recorte que fija existencias, una posición del sujeto descriptor y una construcción contextual.

IV.1-d) Eje de análisis 4: EM de los aspectos inherentes a la construcción de sentido de la producción sonora

A través de este eje exploramos la EM de los aspectos inherentes a la construcción de sentido de la producción sonora. Para tal fin, a través de la pregunta 9 averiguamos qué signos, índices y pistas, escucha o busca escuchar el musicoterapeuta en una producción sonora clínica. Esta instancia se orienta al orden semiológico del discurso.

La pregunta 7 complementa la información para este eje. En ella se aborda cuál es la producción sonora relevante para el musicoterapeuta y la descripción de la misma. Al formular esta pregunta indagamos en la potencialidad discursiva.

Desde la experiencia clínica de los entrevistados, observamos y analizamos los criterios de los que se valen para señalar relevancias, determinar enlaces y relaciones, organizar la percepción y establecer jerarquías que permitan la construcción de algún sentido posible.

IV. 2) Análisis de los ejes

En base a lo expuesto en la presentación de los ejes de análisis, llevamos a cabo la tarea de examinar las respuestas de los entrevistados.

En primera instancia realizamos una matriz de datos (ver Anexo I), separamos la información obtenida de acuerdo al eje de análisis y al musicoterapeuta entrevistado según corresponda. Luego, realizamos el análisis de esos datos recopilados y señalamos algunas

reflexiones que surgen del entramado con el marco teórico que nos proporciona nuestra formación. De esta manera, arribamos a las conclusiones de la presente investigación.

En esta instancia, con la finalidad de dinamizar la lectura, optamos por reemplazar los nombres de los entrevistados por un número de referencia:

Mt 1 Banfi Claudia

Mt 2 Barreto Andrea Mariana

Mt 3 Bernardini Romina

Mt 4 Gauna Gustavo

Mt 5 Giacobone Alejandra

Mt 6 Heckmann Claudia

Mt 7 Pellizzari Patricia

Mt 8 Tosto Virginia

Mt 9 Zimbaldo Ariel

IV. 2-a) Eje de análisis 1. Concepción de EM

Ante las respuestas obtenidas identificamos las dos aristas del concepto de EM enunciadas en el marco teórico. La primera define una posición, predisposición o disposición del musicoterapeuta. La segunda alude a la acción vinculada a la percepción sensorial, principalmente a cargo del oído, pero no únicamente por este sentido.

Ambas formas de concebir este término se implican mutuamente. La acción requiere una disposición y la disposición promueve una acción. Entre las descripciones ofrecidas recortamos:

“es una acción concreta muy vinculada a la oreja del músico . . . en relación a qué hacemos con lo sonoro cuando escuchamos. . . . transformar cualquiera de los sonidos en música.”

“No es únicamente una acción porque esa acción al mismo tiempo habla de toda una predisposición que debe tener el terapeuta para que esa escucha esté funcionando.” (entrevista Mt 1)

“la escucha de le musicoterapeuta, que interpreta y le devuelve a su paciente algo en relación con esa experiencia.”

“hay niveles que no se pueden escuchar. . . . venís constituido por unas prácticas, unas

representaciones, unos órdenes del discurso que te permiten percibir de determinada manera . . . vas a tener siempre un límite y escucharás desde un recorte.” (entrevista Mt 2)

“Escuchar en contratransferencia implica escuchar lo sonoro de ese sujeto que está en demanda en su dimensión más significativa. Escucharlo con todo el impacto sensible, estético, simbólico, subjetivo, en la subjetividad del musicoterapeuta.” (entrevista Mt 3)

“La escucha es un proceso de análisis y síntesis”

“Entonces mi producción sonora que está pensada en función de la producción del otro es lo que habilita al paciente a producir sonido y mi escucha lo que la transforma en discurso.”

“La escucha es desde la empatía.” (entrevista Mt 4)

“Hay una actitud de escucha, hay un ejercicio de escucha. Ejercer la escucha en musicoterapia tiene que ver con una posición que te permita estar abierto a la producción y al enlace de los objetos sonoros a los que les doy sentido.”

“a lo que le hago escucha es a la relación, a la organización que existe en la producción discursiva de un sujeto entre los objetos sonoros que no son las fuentes”

“Escuchar musicoterapéuticamente es hacer del decir un lenguaje.

Cuando escucho la producción de un paciente, primero lo considero un productor de discurso estético.” (entrevista Mt 5)

“la escucha . . . es ese trabajo permanente, artesanal, minucioso de renuncia de querer encontrar las grandes formas, por lo menos trabajando en lo clínico, en salud mental donde muchas veces las cosas no están armadas, no están perteneciendo a las grandes formas, no están montadas en grandes cadenas significantes, sino que están mucho más diluidas. Si es que están armadas, también es para escuchar ahí, si esto que supuestamente está tan armado es realmente un lenguaje, si es una repetición, si es algo aprendido, si es algo con un sentido para quien está produciendo o si es una mecánica.” (entrevista Mt 6)

“es el acto de dejar sorprenderse por lo que el otro está sonando . . . es replegar la autoreferencialidad del narcisismo para poder escuchar lo más despejadamente posible y sorprenderse con lo que el otro está entregando, dándonos a oír.” (entrevista Mt 7)

“la escucha es que va más allá de lo sensorial porque es una posición. Se trata de albergar al otro, de entender al otro, de destrabar algo que al otro le provoca sufrimiento y que uno espera poder ayudar en ese proceso terapéutico. En ese punto creo que la escucha es central, pero no es el objetivo de nuestro trabajo, es un medio. . . . por otro lado, yo creo que escuchar es inescindible de lo sonoro.” (entrevista Mt 8)

“La escucha es receptividad, atención, mirada y sentimiento. Es percepción y apertura. Es Amor...se desarrolla sobre la base de una atención flotante por parte del terapeuta quien debe tener una posición de apertura y disponibilidad para acceder al universo del sujeto...”

“la escucha es mucho más que oír e implica toda la sensorialidad al servicio de la comunicación.” (entrevista Mt 9)

Los datos obtenidos nos permiten encontrar que todos los entrevistados dan cuenta de esta doble acepción del término.

En cuanto al alcance de la EM como acción perceptiva, se observa consensuado en las respuestas, que excede el sentido de la audición y abarca otras posibilidades sensibles y sensoriales.

Con nuestro marco teórico como punto de partida, nos remitimos a los cuatro ejes semánticos enunciados por Rodríguez Espada. Con este encuadre de referencia, la EM comprende el plano sonoro, el corporal, las cuestiones del orden de la grupalidad y la subjetividad del musicoterapeuta.

Consecuente a este consenso acerca del alcance de la EM, nos parece interesante el señalamiento y la reflexión que una de las musicoterapeutas hace respecto a la utilización y comprensión del término ‘escucha’ en la clínica musicoterapéutica:

“Cuando escucho a los musicoterapeutas hablar de observables y hablar de mirada es un puñal en el corazón de la teoría musicoterapéutica. Yo no digo que no miremos porque yo estoy mirando, mi cuerpo está en la escena y demás, pero digamos que las palabras que más se acercan a lo que hace un musicoterapeuta son escucha y audición si tuviéramos que decirlo de alguna manera. . . . la realidad es que, en la escucha directa, cuando estoy ahí en la escena clínica, todos mis sentidos están dispuestos a apreciar lo que pasa. Por eso uso la palabra apreciabilidad. Yo aprecio lo que está aconteciendo. No es que lo miro. Lo escucho, lo siento, lo percibo. Apreciar está más cerca de la idea de percibir y también apreciar es darle un valor precioso a eso que está pasando allí. . . . Por eso coincido con que la escucha es ampliada, pero me parece que habría que ponerle otro

nombre. Habría que llamarla apreciación... No sé... Que refiera a una performance compleja e integrada.” (entrevista Mt 5)

Por otro lado, al centrar la atención en la otra acepción del término EM, como disposición o posicionamiento, encontramos que esta noción considera aspectos muy diversos de acuerdo a las distintas respuestas brindadas. Puede referir a cuestiones inherentes a la concepción de sujeto, al cuidado del otro, a la contemplación de estados subjetivos propios del musicoterapeuta, a la actitud e intenciones del profesional en la clínica. Al mismo tiempo, en algunos casos abarca la problematización de la concepción de música y/o el estado de apertura frente a lo sonoro-musical, de los límites y recorte de la escucha como acción perceptiva, y la reflexión acerca de la producción permanente de una escucha singularizada. Cada entrevistado se ha centrado en algunos de estos aspectos, de manera que, en la consideración de las respuestas no podemos establecer un acuerdo de las características de esta disposición.

Según nuestro marco teórico, afirmamos que el posicionamiento del musicoterapeuta determina una epistemología o forma de conocer. En este sentido, la EM nos permitirá el acceso a determinados eventos y nos ocultará otros. Es determinante en el accionar clínico, que este posicionamiento o disposición habilite la mayor cantidad de alternativas posibles, de esta manera habrá más oportunidades de salud para el sujeto. Desde esta perspectiva, aquellas premisas que habiliten estados de apertura, problematicen y pongan en cuestión determinados supuestos, serán las que en mayor medida posibiliten el acontecimiento clínico.

En este sentido, encontramos afines al posicionamiento enunciado en nuestro marco teórico, aquellas propuestas que en la descripción de sus características concibe la EM como disposición que habilita alternativas en la expresión del sujeto. Determinamos distante a esta perspectiva, aquellas formas de escucha del musicoterapeuta que responden a una finalidad rehabilitatoria o reeducativa, por ejemplo, porque en estos casos los objetivos terapéuticos determinan la EM en función del abordaje de un diagnóstico u otra premisa que condiciona la ‘escucha’ de la singularidad del sujeto y su expresión. Esta última orientación, se encuentra lejana a lo que desde la teoría del pensamiento estético en musicoterapia se denomina a-disciplina estética, concepto que enuncia una disposición habilitadora de formas expresivas en tanto pretende una deconstrucción y continua reflexión crítica acerca de nuestras formas perceptivas, creencias, juicios y criterios condicionantes.

IV. 1-c) Eje de análisis 2. Funciones de la EM de la producción sonora

Para indagar en las funciones de la EM preguntamos a los entrevistados qué niveles o formas de escucha de la producción sonora pueden identificar desde su experiencia clínica.

Si bien, desde esta instancia del cuestionario se explicita el interés por la EM de la producción sonora, las respuestas son abordadas desde distintos enfoques. Es pertinente aclarar que muchos de los musicoterapeutas se han sorprendido frente a este interrogante y expresaron que nunca se han planteado pensar en niveles o formas de escucha en la clínica.

La información obtenida abarca diversos aspectos: la identificación de momentos en la escucha, niveles y jerarquías de la escucha del musicoterapeuta en relación con la escucha del paciente y/o del grupo, cuestiones analíticas, posiciones de escucha (en la clínica y fuera de la misma), la escucha como intervención, la escucha que aporta información, la escucha de líneas o planos materiales y de la temporalidad, implicación en la escucha del paciente, la escucha en función de los objetivos terapéuticos, y algunos mencionaron cuestiones inherentes a las funciones de la escucha de acuerdo a la acepción que presentamos.

Si profundizamos el análisis de las respuestas podemos diferenciar:

- Por un lado, una escucha cuyo objeto es la producción sonora. Esto permite discriminar las funciones de la escucha desarrollada por Schaeffer y aproximadas a nuestra formación por Eiriz. Para ello, tal como lo enunciamos en la presentación de este eje, se tendrán en cuenta las salvedades en la acepción de la terminología.

De esta manera, encontramos en las respuestas del cuestionario la referencia a la EM de los aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido.

Siete participantes señalan un nivel o forma de escucha del plano descriptivo-material que considera los parámetros del sonido o algunos elementos de la música.

“plano material y perceptivo de las intensidades sonoras (sonoridades fuertes o suaves).”
(entrevista Mt 2)

“lo fenomenológico. . . ¿Qué está sonando?” (entrevista Mt 3)

“Nosotros los musicoterapeutas sobre todo escuchamos los aspectos formales del lenguaje en algo tan primordial como lo rítmico- sonoro- corporal.” (entrevista Mt 4)

“Por otro lado en la *escucha trabajada*. . . . En la formación que uno va haciendo por medio de las sucesivas grabaciones y audiciones, procedimientos tomados de los desarrollos de Schaeffer, hay un gran trabajo acusmático. Se trata de un enorme trabajo con la organización de ese discurso que está muy basado en lo que oigo y en cómo lo tamizo para hacerlo escuchable.” (entrevista Mt 5)

“sería el nivel más materialista, en el sentido de ir a lo más llano de lo que pasa con la materia: con la materia sonora” (entrevista Mt 6)

“qué elementos son los componentes de eso que escuchamos. En musicoterapia podrían ser todos los elementos contributivos que forman parte de lo sonoro.” (entrevista Mt 7)

“se tomarán los parámetros musicales para observar cómo los usa: fraseo, respiraciones, niveles de intensidades al utilizar el material con cierta intención.” (entrevista Mt 9)

Los mismos entrevistados hacen mención a la EM orientada a la construcción de sentido.

“plano de la escucha del significado, del sentido, de lo discursivo.” (entrevista Mt 2)

“escucha más en contratransferencia musical que sería ir intentando escuchar los lazos del significante sonoro. . . . Cuando lo que suena genera lazos significantes, lazos que generan algún sentido dentro de esta estética misma.” (entrevista Mt 3)

“Nosotros escuchamos formas que es otro lenguaje y que es el lenguaje primario.”
(entrevista Mt 4)

“a lo que le hago escucha es a la relación, a la organización que existe en la producción discursiva de un sujeto entre los objetos sonoros que no son las fuentes. . . . La escucha de esa organización discursiva va a hacer que eso que el otro dice tenga categoría de lenguaje. Entonces no escucho ruidos, siempre voy a escuchar sonidos. (entrevista Mt 5)

“Después vemos si eso es signo, si eso entra en otros conjuntos, si podemos hablar de lenguaje ahí.” (entrevista Mt 6)

“una segunda escucha que se relaciona con el desciframiento. . . . búsqueda de formas. Entender determinadas formas que se nos plantean a nuestra percepción.” (entrevista Mt 7)

“pautamos gradientes de observación del discurso que están en relación a los elementos que la música nos ofrece cuando analizamos por ejemplo una obra musical.” (entrevista Mt 9)

Dos entrevistados indican un primer nivel de escucha de aprehensión inmediata y que tiene carácter causal o indicial:

“Una escucha que tiene que ver con la escucha índice que es lo primero que captamos, lo que, a través de nuestros filtros humanos, psicológicos, experienciales, subjetivos, logramos captar como formas y nos impacta” (entrevista Mt 7)

“escucha de aprehensión inmediata anterior a la escucha en contratransferencia. . . . escucha como del primer plano de la piel, donde hay algo que te llama la atención o simplemente hay una fuente acústica que suena y la reconocés, señalás que está ahí. . . . el musicoterapeuta presencia un sujeto sonando por primera vez.” (entrevista Mt 3)

- Por otro lado, encontramos un grupo de respuestas que refieren al impacto de lo sonoro en la subjetividad del terapeuta. No hace alusión directa a la producción sonora; se dirige a la afección que lo sonoro provoca en el sujeto. Por lo tanto, no se trata de una escucha orientada a la lectura de la producción, sino que, implica disponerse susceptible a los efectos de la percepción en sí mismo.

Identificamos cuatro entrevistados que refieren a una percepción afectiva vinculada a la vida interior del sujeto, donde se pone en juego la emoción y el afecto.

“hay otra escucha que suele ser además . . . bastante gozosa. . . . Concretamente sucede que te entusiasmas como música y empieza a pasar algo allí.” (entrevista Mt 1)

“hablaría de intensidades. Hubo momentos de gritos y alegrías, y hubo momentos en donde él entró en silencio y yo también. . . . Hay momentos más intensos, más lentos o más rápidos, hay

momentos más emotivos o más reflexivos y que por ahí viene ese juego de análisis y síntesis.”
(entrevista Mt 4)

“es el acto de dejar sorprenderse por lo que el otro está sonando” (entrevista Mt 7)

“La escucha es receptividad, atención, mirada y sentimiento. Es percepción y apertura. Es Amor...” (entrevista Mt 9)

Dada la importante presencia de respuestas que identifican como objeto de EM de la producción sonora la subjetividad del propio musicoterapeuta, nos resulta necesario ampliar el análisis más allá de las funciones de la escucha.

Podemos señalar, tal como lo explicitamos en nuestro marco teórico, que la lectura de la subjetividad del musicoterapeuta alude al cuarto eje semántico desarrollado por Rodríguez Espada. En nuestra investigación establecimos un recorte que consiste en centrarnos en el primer eje que apunta al plano de lo sonoro-musical. Sin embargo, es destacable que, a pesar de precisar el recorte, varios entrevistados necesitaron remitir a la escucha de sus estados subjetivos.

Por otro lado, ante la necesidad de comprensión de las respuestas obtenidas, encontramos que, desde la filosofía de la música, Rowell Lewis (1985) hace mención de la percepción afectiva que por su relación con la vida interior del sujeto puede dar como resultado final el afecto. Este autor distingue esta forma perceptiva de la denominada aprehensión inmediata y la audición sinóptica o estructural vinculada a la organización general de la composición. (p.131-132)

Otros tres participantes mencionan una escucha intersubjetiva, vinculada a la escucha terapéutica, enunciada en el marco teórico a través de los aportes de Barthes en la interpretación de Eiriz.

“Esa escucha conscientemente activa que trata de detectar el impacto subjetivo que las sonoridades ajenas producen en nuestra persona.” (entrevista Mt 1)

“tercera escucha que tiene que ver con lo intersubjetivo, lo que se pone en juego en relación con el otro cuando uno escucha desde el vínculo y desde la propia historia de cada quien y de la propia subjetividad.” (entrevista Mt 7)

“La escucha se desarrolla sobre la base de una atención flotante por parte del terapeuta quien debe tener una posición de apertura y disponibilidad para acceder al universo del sujeto que está allí en el espacio terapéutico junto con él.” (entrevista Mt 9)

Algunos entrevistados señalan una posible relación entre la forma de escucha vinculada a determinada población, problemática o paradigma atencional¹.

“el objetivo terapéutico orienta la escucha” (entrevista Mt 8)

“Diferente es si vos trabajás en el plano de la rehabilitación, suponete, con pacientes con lesiones motoras. Ahí elegís el ritmo, por ejemplo. O de repente te encontrás con la ininteligibilidad del habla entonces vas a tener que vértelas más con los aspectos sonoros lingüísticos de las letras de las canciones. No es mi caso ni creo que una concepción rehabilitadora, reeducativa, coincida con nuestro paradigma a partir de la noción de a-disciplina.” (entrevista Mt 1)

Este planteo resulta muy interesante en tanto polemiza el concepto de EM. Al analizar esta perspectiva podría interpretarse, desde el marco teórico que funda el presente TFI, que la escucha en la clínica se encuentra condicionada por un estado previo (diagnóstico, paradigma atencional, etc.) que recorta la capacidad perceptiva del musicoterapeuta para orientarla al servicio de una o algunas condiciones que pueden identificarse como preexistentes al encuentro del musicoterapeuta con el sujeto en el proceso clínico.

Entonces, mediante estos datos, podemos determinar dos tendencias de EM radicalmente distintas: una sujeta a los objetivos terapéuticos determinados en función de una problemática que es posible prever y otra ‘escucha’ orientada al sujeto y su expresión sin condicionamientos previos.

En función del interrogante acerca de las formas o niveles de escucha, otro enfoque que proporcionan las respuestas, nos conduce a señalar la relación entre la escucha y la intervención e, incluso, la valoración de la escucha como intervención.

Dado el alcance de la presente investigación no ahondaremos en este aspecto, pero nos resulta interesante observarlo:

¹ Los paradigmas atencionales contemplan diversas concepciones de sujeto y discapacidad; delinean características y distintos tipos de abordajes terapéuticos con sus respectivos objetivos, estrategias e intervenciones.

“Elcira [Belloc] siempre decía que *la intervención es la escucha*. Cuando yo separaba escucha e intervención ella me corregía. La intervención es la escucha. La manera que vos tenés de intervenir es la escucha porque cuando vos escuchás, hacés algo o no para producir una modificación. Yo sigo dudando de esto, no lo tengo tan claro, creo que hay momentos y momentos. A veces en una misma sesión puedo distinguir momentos de escucha receptiva o determinar que estoy interviniendo.” (entrevista Mt 5)

“Esa escucha trabajada o ese trabajo de escucha claramente inspira sonoramente, silenciosamente, gestualmente. . . . Hay un lugar donde la propia escucha relajada, receptiva y activa trae consigo una decisión, alguna forma de decisión” (entrevista Mt 1)

“Cómo escuchamos esa producción sonora y detectamos ahí aquello que nos permite hacer una intervención en favor del bienestar del paciente.

Eso me parece que es lo central porque escuchar por escuchar no tiene sentido para mí. Se trata de escuchar para intervenir, aunque sea no diciendo nada, conscientemente evitando pronunciarse porque uno considera que esa es la intervención adecuada. Intervenir siempre pensando cuál es el sentido de escuchar, cuál es el sentido de que ese paciente esté en una sesión de Musicoterapia, o esté tocando, o esté cantando o esté haciendo lo que puede hacer.” (entrevista Mt 8)

Por último, algunas respuestas se refieren a la relación de la escucha del terapeuta y la de los otros sujetos participantes.

“Me parece que es ético que haya niveles o jerarquías porque tenemos un rol profesional que desempeñamos y cuando trabajamos tenemos una responsabilidad. Mi escucha no puede estar al mismo nivel que la de un compañero en relación con estas cuestiones ligadas con la responsabilidad, por ejemplo. . . .¿Qué es más jerárquica mi escucha o la escucha de esa persona en relación con su propia producción?. . . . hay diferentes tipos de jerarquías, según el plano o sub plano que se considere, en esta complejidad de lo que se escucha. La escucha del paciente es la más importante porque refrenda todo el tiempo.” (entrevista Mt 2)

“algo que hicimos en el equipo y que tiene que ver con algo más relacional si se quiere, en el sentido de cómo se juega esta relación entre escuchar al otro, hacerme escuchar por el otro y escucharme a mí mismo. Esa construcción se da en el contexto de cualquier expresión.” (entrevista

Mt 7)

“Igual a veces la cuestión de la escucha se manifiesta si el paciente es el que no escucha. Por ejemplo, cuando uno tiene claro los objetivos y puede trabajar con un equipo interdisciplinario, puede chequear si lo que piensa es compartido por los miembros del equipo, además hay un acuerdo en cuál es la mejor intervención y uno la hace y de todas maneras el paciente no puede escuchar.”
(entrevista Mt 8)

Este último conjunto de respuesta, según nuestro criterio, indica la escucha de los sujetos participantes como objeto de EM, al mismo tiempo que le da valor dentro del proceso clínico.

Es pertinente mencionar que todos los musicoterapeutas entrevistados destacaron el desarrollo del vínculo terapéutico como aspecto determinado por la EM y/o determinante de la misma.

En el cruce de la información obtenida para este eje y nuestro marco teórico, identificamos que las respuestas conseguidas abordan los distintos ejes semánticos desarrollados en la teoría del pensamiento estético: el eje del plano sonoro, el eje corporalidad, el eje que aborda cuestiones de la grupalidad, y el cuarto, que refiere a la subjetividad del musicoterapeuta.

Resaltamos, que aún cuando se explicita el recorte de la EM al plano de la producción sonora, en algún momento, en todas las entrevistas, existe la necesidad de recurrir a los otros campos semánticos. De esta manera podríamos consensuar y afirmar que la EM es una disposición que contempla el entramado, la densidad en la que opera la percepción.

IV. 1-d) Eje de análisis 3. EM del aspecto descriptivo material de la producción sonora

Al considerar los aspectos, rasgos y características que el musicoterapeuta escucha en la producción clínica desde un orden técnico propio de lo sonoro, todos los participantes coinciden en marcar los parámetros del sonido. Algunos de ellos, además, indican los organizadores de la música (ritmo, melodía y armonía).

Pocos mencionan cuestiones de la estructura textural o formal.

Excepcionalmente señalan dimensiones de espacialidad, la fuente y los modos de acción como aspecto descriptivo material de la producción sonora.

De los datos proporcionados por las respuestas podemos hacer dos grandes distinciones:

- Por un lado, la escucha de un determinado parámetro vinculado a una problemática específica o población determinada.

“...en el trabajo con personas mayores, se presenta en la escucha el plano material y perceptivo de las intensidades sonoras (sonoridades fuertes o suaves). También ocurre algo similar, en relación con esto, en el trabajo con personas en situación de mínimo estado de conciencia.” (entrevista Mt 2)

“Entonces en relación a qué niveles o qué es lo que se escucha en una producción sonora te diría que es algo que debería estar sesgado por el objetivo del tratamiento.” (entrevista Mt 8)

“Diferente es si vos trabajás en el plano de la rehabilitación, suponete, con pacientes con lesiones motoras. Ahí elegís el ritmo, por ejemplo.” (entrevista Mt 1)

- Por otro lado, la elección de los parámetros de la escucha depende del sujeto y la situación. No se puede establecer *a priori*.

“todo puede transformarse desde lo sonoro en el indicio significativo. . . . Yo no creo que allí podamos hacer *a priori*, una selección.” (entrevista Mt 1)

“Trato de presenciar en esa primera escucha y de contemplar lo que se presenta sin ningún juicio” (entrevista Mt 3)

“Hay como líneas de alto impacto, la intensidad, la densidad cronométrica, los patrones rítmicos. Después hay un montón de otras cosas que son puntuales de cada paciente. . . . no podría generalizarlo ni sistematizarlo. Lo que creo que se sistematizan son los modos, las cualidades son las que aparecen en el momento.” (entrevista Mt 5)

“Pero a veces me parece que el gesto por ahí se produce en el plano menos previsible.” (entrevista Mt 6)

“Por lo general se toman en consideración todos los parámetros. Puedo priorizar unos más que otros en algún momento. Tampoco hay una ley universal donde siempre hay que empezar por aquí o por allá. Hay que ver cuáles son las demandas, cuáles son las necesidades de los pacientes, pero vamos a tener que tomar en cuenta los distintos perfiles sonoros.” (entrevista Mt 9)

Nos parece interesante señalar el condicionamiento de la EM en función de algún parámetro del sonido o elemento musical como acción que recorta la capacidad perceptiva. Desde nuestra formación, nuestra intención es habilitar la mayor cantidad de alternativas posibles y esto se funda en una EM con muchas alternativas. La EM abierta, adquiere sentido en tanto se encuentra libre de *a priori* y en su máxima capacidad perceptiva.

El detalle, la sutileza y la rigurosidad en la elección de las categorías descriptivas también dan cuenta de la disposición que implica la EM. Como explicitamos en el marco teórico, será el uso del lenguaje el que determina lo que podamos captar y lo que permanecerá oculto a nuestra percepción. A mayores recursos descriptivos, mayor escucha.

IV. 1-e) Eje de análisis 4. EM de los aspectos inherentes a la construcción de sentido de la producción sonora

Con el objeto de comprender la EM de los aspectos inherentes a la construcción de sentido de la producción sonora, preguntamos a los entrevistados qué signos, pistas, índices o enlaces buscan reconocer. A partir de ello, distinguimos dos tendencias posibles de acuerdo a la disposición del musicoterapeuta. La primera, fundada en el no saber, sin *a priori*, pretendida por la mayoría de los entrevistados. La segunda, sabiendo qué es lo que se va a indagar, mencionada por una minoría.

- Desde una disposición sin *a priori*, según la información obtenida, encontramos distintos caminos o maneras de producir sentido:

Por un lado, algunos musicoterapeutas señalaron la forma o modo que adquiere la presencia del sujeto en la singularidad de la producción:

“Ahí la semiología, los campos notables de cada sujeto. Dónde cada sujeto que consulta va a empezar a aparecer de un modo más significativo, con un caudal donde se empieza a presentar lo significante. . . . el corte semiológico lo va a poner el sujeto.” (entrevista Mt 3)

“Lo que se busca no es algo que se busca como quien busca una esencia o un significado, sino que se está atento a reconocer los modos expresivos, cómo se da a ver, cómo se da a escuchar el ethos expresivo. Entonces no se recorta un significado escuchando solo una vez, en una sesión, ni siquiera en el período de evaluación.” (entrevista Mt 2)

“cómo está produciendo ese sujeto” (entrevista Mt 9)

Por otro lado, en concordancia con nuestro marco teórico, algunos entrevistados indicaron las leyes del discurso:

“... Las relaciones. La relación de lo que estoy escuchando, la relación que tiene una cosa con otra. . . . Relacionar las cosas, nada es fortuito. Siempre algo provoca que otra cosa suceda y está relacionado por oposición, por contraste, por similitud, por semejanza, por diferencias. . . . Estas son las leyes del discurso. . . . las leyes del discurso son las que nos rigen, no las del lenguaje . . . las leyes básicas del discurso para mí son tensión – distensión, antecedente – consecuente. . . . El sonido en sí tiene sentido en la medida en que varía o que es siempre el mismo, pero hay pausas que le dan sentido para poderlo ubicar, aunque la organización sea una insoportable regularidad.

Ahí ya hay musicalidad porque la musicalidad es la organización sonoro temporal. Esto le da sentido a eso que yo puedo escuchar. Es un acto subjetivo también, escuchamos porque estamos en una matriz subjetiva, no oímos, escuchamos.” (entrevista Mt 5)

“me parece que tiene que ver con la repetición.

Que algunas cosas puedas a voluntad volver a repetirlas para enlazar con el otro para producir cosas, para entrar en código con el otro. Me parece que, si hay algo de búsqueda activa en la escucha, es de eso.” (entrevista Mt 6)

“la clínica musicoterapéutica es la clínica del detalle, de lo sutil. . . . estar atenta a aquello que por así decirlo marca una diferencia en el estado de cosas, en el vínculo, la emancipación subjetiva de la persona con quien compartimos algo del orden estético, algo de ese formato subjetivo que parece poder otra libertad.” (entrevista Mt 1)

Otros participantes encontraron aspectos determinantes de la EM de la producción sonora orientada a la construcción de sentido en cuestiones relacionadas a lo afectivo y emotivo.

“Otra forma es ir completamente libre de categorías, o en ese intento por lo menos. . . . decir yo me voy a sorprender con aquello que suceda. No voy a analizar esto como si yo tuviera un protocolo con determinadas categorías.” (entrevista Mt 7)

“En la medida en que el vínculo genera emotividad y situaciones simbólicas que están en posibilidad de representar diferentes cosas, hablo de una representación abierta por supuesto, hay una construcción de sentido de lo que se está haciendo y ahí cualquier cosa puede significar cualquier cosa porque el sostén es el vínculo...” (entrevista Mt 4)

- Desde una disposición de la EM en la que se sabe *a priori* qué indagar, serán las categorías previas y los objetivos terapéuticos los que determinen la construcción de sentido.

“Una forma es *a priori* saber lo que uno va a indagar. En ese caso hay algunas categorías que se nos presentan como importantes . . . voy a estar atenta a todos los elementos de la producción que tengan que ver con lo vincular, por ejemplo. . . . las funciones cognitivas . . . lo emocional. Esta forma implica que hay algunas categorías previas a las que yo puedo atender en el análisis de una producción en el momento en el que está sucediendo o después.” (entrevista Mt 7)

“Uno escucha cargado de referencias teóricas que te van guiando . . . distintas áreas necesitan referencias teóricas diferentes. . . . Por ejemplo, si estás trabajando en neurorehabilitación, en la parte motora de la neurorehabilitación, los signos corporales de confort o discomfort. . . . Si trabajás en cuidados paliativos o . . . con personas con Covid, la frecuencia respiratoria o el nivel de saturación de oxígeno es un dato” (entrevista Mt 8)

Si retomamos la pregunta citada en el capítulo Perspectiva teórica: “¿Desde dónde estamos percibiendo y formalizando?” (Rodríguez Espada, 2016, p.25), cabe interpelar la EM de los aspectos que orientan la construcción de sentido a partir de alguna premisa previa. Sostenemos que en nuestra clínica pretendemos la deconstrucción de aquellos condicionantes que se imponen en la EM del sujeto y su expresión. Partir de pautas preestablecidas que dirigen la escucha resulta una limitación para habilitar la mayor cantidad de estética posibles. Ante la imposibilidad de despojarse totalmente de preconceptos que acotan nuestra percepción, al menos, intentaremos interpelarlos y deconstruirlos, y asumiremos como parte de la disposición de EM la pretensión de una escucha sin *a priori*. Como ya hemos enunciado, desde la teoría del pensamiento estético en musicoterapia, no

se determina un sistema de percepción y formalización, la construcción de sentido surge en el vínculo y se comprende en el interior del FE.

CAPÍTULO V. REPORTE

V. 1) Conclusiones

Para contestar nuestra pregunta directriz acerca de cuáles son los aspectos relevantes de la EM de la producción sonora, particularmente en sus aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido, nos resultó necesario transitar un camino de interrogantes y objetivos que atravesó la concepción de la EM, las funciones de la escucha en la EM de la producción sonora, y la EM de la producción sonora en sus aspectos descriptivo-material y de construcción de sentido.

A partir de nuestra investigación concluimos que la concepción de EM implica una disposición del musicoterapeuta, donde la escucha como acción perceptiva resulta una arista más, afectada por dicha disposición. Al mismo tiempo, señalamos que esta acción perceptiva denominada ‘escucha’ supera el aspecto material sonoro para abarcar otras formas y materialidades: cuerpo, dimensión grupal, subjetividad del musicoterapeuta.

En cuanto a la disposición no pudimos unificar criterios en las respuestas, pero podemos determinar que la mayoría de los musicoterapeutas entrevistados se orientan actitudinalmente, intencionalmente y/o conceptualmente en función de lograr estados de apertura frente al sujeto y su expresión.

Sin embargo, una minoría hace referencia a una EM orientada a objetivos que responden a paradigmas rehabilitatorios o reeducacionales, por ejemplo. Según nuestro marco teórico, desde estos enfoques se interfiere en la EM abierta, direccionada a habilitar la mayor cantidad de alternativas.

Es menester considerar que esta investigación propone el estudio de la EM de la producción sonora, y desde ese punto, dirige la atención a ese objeto material. A pesar de ello, en el desarrollo de las entrevistas muchos musicoterapeutas privilegiaron instalar la percepción y atención en sus propios estados subjetivos. Así mismo, en distintas instancias se recurre a la lectura de otras materialidades y se indica la EM de la escucha de los sujetos participantes y del grupo.

Lo antes mencionado da cuenta del artificio del recorte que nos propusimos en la delimitación de nuestra problemática y de la complejidad perceptiva que implica. El fenómeno clínico se constituye en el entramado de los distintos ejes semánticos y en la consideración de la materialidad, las condiciones de producción y recepción, emergentes del vínculo terapéutico.

En relación directa con las funciones de la escucha, notamos que la mayoría de los entrevistados citan una EM descriptivo material que abarca la descripción del sonido y los elementos de la música. De esta manera podemos precisar que indagamos en la EM de la producción sonoro-musical.

Los mismos musicoterapeutas señalan la EM orientada a la construcción de sentido.

Al abordar la EM de la producción sonora en su aspecto descriptivo material y en búsqueda de los nodos de interés dentro de la misma, notamos que en la mayoría de los casos la elección de los parámetros y categorías de escucha será acorde a la singularidad de la expresión sonora del sujeto participante y al contexto en el que se presenta. No hay una decisión *a priori* al respecto. Este enfoque responde a nuestro posicionamiento desde la teoría del pensamiento estético en musicoterapia. Sostenemos que una EM cuya disposición pretende la deconstrucción de condicionamientos previos, es determinante en tanto posibilita y favorece el proceso clínico definido como musicoterapéutico.

De forma similar, en cuanto a los aspectos inherentes a la construcción de sentido de la EM de la producción sonora, detectamos que la mayoría de las respuestas aluden a una aproximación sin *a priori*. De acuerdo a lo enunciado por los musicoterapeutas entrevistados, la construcción de sentido desde la EM de la producción sonora no se encuentra únicamente en los enlaces que se producen dentro de esa materialidad. Además de aludir a las leyes del discurso como aspectos semiológicos que permiten orientar y construir un sentido en la producción sonora, se mencionan cuestiones vinculadas a la presencia del sujeto en su expresión y a las vivencias que el musicoterapeuta percibe de su propio estado subjetivo.

Solo una minoría señala la posibilidad de abordar la EM de la producción sonora sabiendo qué indagar, es decir, con categorías previas que orientan la escucha hacia ciertos eventos y les confieren sentido.

En retorno a nuestro planteo problemático, observamos, tal lo expusimos al inicio de la investigación, que el abordaje perceptivo de la producción sonora en su aspecto descriptivo-material se presenta en grados muy disímiles. En las respuestas de los entrevistados determinamos que puede abarcar desde la plena atención, detalle y sutileza, por ejemplo, en la ‘escucha trabajada’, a posicionamientos que enuncian como objeto de EM de la producción sonora aspectos fisiológicos del participante o cuestiones de la subjetividad del musicoterapeuta, y omiten categorías de orden sonoro-musical. Al mismo tiempo, se contempla una gama intermedia entre estos polos.

Podemos analogar este señalamiento que abarca la amplitud de criterio en las respuestas, a los datos proporcionados por la pregunta inherente a la relevancia de la producción sonora dentro del discurso clínico, cuyas contestaciones incluyen de la total atención a una atención relativa

matizada por los posicionamientos de cada musicoterapeuta participante.

En líneas generales, podemos afirmar que la mayoría de los entrevistados coinciden en el estado de apertura como disposición de la EM de la producción sonora. Esto supone un encuentro con el sujeto lo más despojadamente posible, con la pretensión de excluir categorías, juicios o condiciones que predeterminen y que generen limitaciones a la percepción. Desde nuestro marco teórico hablamos de a-disciplina estética como disposición más que como condición.

De acuerdo a la búsqueda de este TFI, encontramos que hay mucho que investigar acerca de la EM de la producción sonora. Nuestra elección de abordar la problemática desde la experiencia clínica de musicoterapeutas que ejercen desde distintas orientaciones teóricas complejiza aún más el tema. No determinar un criterio específico en relación a este punto implica el surgimiento de muchas variantes. En las entrevistas nos hemos encontrado con formas muy diferentes de EM que dan cuenta de diversas maneras y criterios de ejercicio profesional.

En relación a las preguntas que formulamos, prácticamente todas han sido pensadas en función de obtener información acerca de la EM de la producción sonora. Sin embargo, las respuestas, en muchas ocasiones, viraron hacia otras aristas disciplinares. De forma similar, destacamos la insistencia de muchos entrevistados, en el señalamiento de los estados subjetivos del musicoterapeuta aún cuando se explicita el interés por la escucha de la producción sonora como objeto de escucha. Estos datos nos parecen interesantes en tanto ofrecen un panorama acerca de la forma y el lugar en el que se presenta lo sonoro-musical en la clínica y en las conceptualizaciones musicoterapéuticas.

Para concluir, consideramos haber cumplido con los objetivos propuestos. Tenemos la certeza de habernos adentrado en un campo aún no del todo transitado. Avizoramos mucho por investigar, profundizar, debatir, problematizar y reflexionar en este tema amplio y complejo. Resultó sumamente enriquecedor a los fines de este trabajo recurrir a musicoterapeutas que ejercen desde posicionamientos teóricos disímiles, que brindaron las respuestas a partir de su experiencia clínica. Lejos de llegar a consensos y conclusiones acabadas, creemos que este escrito se transformó en un campo de debate sumamente enriquecedor entre valiosos exponentes de nuestra disciplina y promueve un estado de apertura, escucha e intercambio.

Este TFI expone lo que consideramos nuestro posicionamiento. Sostenemos que, en el debate, la escucha y el estado de apertura en el interior de nuestra comunidad se potencia la disciplina. Seguramente hay encuentros y desencuentros en los fundamentos de las distintas posiciones teóricas, pero es el intercambio el que permite la continua reflexión y deconstrucción de los *a priori* que limitan nuestra EM.

Invitamos a la lectura de las entrevistas. Estas constan de un cuestionario que se extiende

más allá de los ejes de análisis de este trabajo. Las respuestas de los entrevistados abordan múltiples problemáticas desde posiciones muy críticas y de mucha reflexión. Sostenemos que es un material interesante y con valioso contenido desde perspectivas teóricas disímiles. La extensión y variedad de tópicos abordados en las preguntas responden a la necesidad de sondear con margen para determinar los ejes de interés, la relación de los musicoterapeutas con los aspectos que elegimos como relevantes de la EM de la producción sonora y determinar la información que nos parece pertinente a los fines de nuestra investigación.

REFERENCIAS

- Banfi, C. (2015). *Musicoterapia. Acciones de un pensar estético*. Lugar Editorial.
- Banfi, C. (2021). Primer Movimiento. Territorio de Reflexiones en torno a la música y la escucha musicoterapéutica. Arte Escondido. En Rodríguez Espada, et al. *Pensamiento Estético en Musicoterapia II. Territorializaciones: formación, improvisación, técnica y escucha*. Editorial Autores de Argentina.
- Barcellos, L. (2012). *Musica, Sentido y Musicoterapia a la luz del Modelo Tripartito Molino/Nattiez*. En Voices: A World Forum for Music Therapy, v. 12, n. 3. Disponible en [View of Music, Meaning, and Music Therapy under the Light of the Molino/Nattiez Tripartite Model | Voices: A World Forum for Music Therapy](#)
- Belloc, E. (2009) Transcripción de ponencia en la IV Jornadas de Musicoterapia del Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.
- Bernardini R. (22 al 26 de Julio de 2008) *Elementos organizadores para el análisis fenomenológico de las producciones sonoras Individuales*. XII Congreso Mundial de Musicoterapia. Música, Sonido, Cultura y Salud. Disponible en: https://www.wfmt.info/WFMT/World_Congress_files/ABST%20Musicoterapy%202008.
- Calbet, M. (2018). *La escucha musicoterapéutica en la clínica de niños con encefalopatía crónica no evolutiva*. [Tesis de Licenciatura en Musicoterapia]. UAI.
- Eiriz, C. (2016). *En busca de lo audible. Ensayos críticos acerca del Tratado de los Objetos Musicales de Pierre Schaeffer*. Ugerman Editor.
- Gauna, G. (2015). Capítulo 1. Bases epistemológicas de un pensar-hacer clínico en musicoterapia en la infancia. En Gauna, Giacobone y Licastro. *Musicoterapia en la infancia*. (pp. 21-34) Ed. Diseño

Giacobone, A. (Setiembre de 2011) *Musicoterapia en la infancia. Cualidades sonoras de la Infancia*. Congreso Latinoamericano de Primera Infancia SAPI / WAIMH. Disponible en: <https://www.musicoterapiaenlainfancia.com/escuchar-en-el-decir/>

Gonzalvez, F. (2018). Perspectivas de escucha del musicoterapeuta en la improvisación. [Tesis de Licenciatura en Musicoterapia]. UBA.

Heckman, C. (2009). *Dis-posición de escucha en la clínica musicoterapéutica con psicosis. Del caos, la estructura y la forma*. [Tesis de Licenciatura en Musicoterapia]. UAI.

Langan, G. (2005). *Musicoterapia y Esquizofrenia. La ceremonia del arte donde lo siniestro de la enfermedad se ofrece en una construcción estética*. [Tesis de Licenciatura en Musicoterapia]. UAI.

Murail, T. (1989) *Cuestiones de objetivo*. Entretiens Nro. 8. Septiembre de 1989. p.202

Pérez Molero, R. I. (2020). [Entrevista a Claudia Banfi] Aprendiendo a habitar las escuchas. *ECOS - Revista Científica De Musicoterapia Y Disciplinas Afines*, 5(3),39-58
<https://revistas.unlp.edu.ar/ECOS/article/view/10872>

Real Academia Española. (2021) *Diccionario de lengua española*. 23º edición. (Fecha de consulta 17 de abril de 2022). Disponible en: [escucha | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE](#)

Rodríguez Espada, G. (2016). *Pensamiento Estético en Musicoterapia*. UAI Editorial, REUP.

Rodríguez Espada, G., et al. (2021). *Pensamiento Estético en Musicoterapia II. Territorializaciones: formación, improvisación, técnica y escucha*. Ed. Autores de Argentina. Buenos Aires, Argentina.

Rowell, L. (1985). Introducción a la filosofía de la música. Antecedentes históricos y problemas estéticos. Ed. Gedisa.

Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Ed. Lumen.

Sampieri, R., Collado C. y Baptista M. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6° Edición. Interamericana editores.

Schaeffer, P. (1988). *Tratado de los objetos musicales*. Alianza Editorial.

ANEXOS

Anexo 1. Cuadro de Análisis

	Eje de análisis 1. Concepción de EM
Mt 1	“un trabajo no necesariamente consciente si es que nuestro entrenamiento en esa dirección es suficiente.” “es una acción concreta muy vinculada a la oreja del músico, de la música, a la escucha música que define Pierre Schaeffer en relación a qué hacemos con lo sonoro cuando escuchamos . . . lo que hace es transformar cualquiera de los sonidos del mundo en música.” “accionar consciente . . . que hace que devenga música en el vínculo aquello que podría no estar siendo escuchado” “Cuando digo trabajo me refiero a producción . . . entra materia prima y sale otra cosa producida. En ese sentido la materia prima son todos los sonidos del mundo, la oreja música produce ahí el elemento de conexión posible con eso que quien produce está manifestando. No es únicamente una acción porque esa acción al mismo tiempo habla de toda una predisposición que debe tener el terapeuta para que esa escucha esté funcionando.” “Se trata de un recorte que subjetivamente resulta significativo y desde allí permite vincularse en pie de igualdad con esa persona que acude a tratamiento.” “Hay música aquí y música del otro lado porque eso que sonó es música y desde allí te conectás. Por eso el paradigma estético. . . No porque la forma de la música nos quiere decir no sé qué sino porque claramente son esas las formas que van a posibilitar . . . un vínculo igualitario entre personas músicas, de música a música.” “una escucha relajada en el sentido de su apertura, su distensión, su posibilidad de que lo de afuera entre, toque, conmueva.” “hay un montón de cosas que pueden interceptar la escucha tan gloriosamente descripta y no obstante tan trabajosamente conseguible.” “El objetivo de la escucha es todo, poner en funcionamiento la musicoterapia.”
Mt 2	“lo que yo hago es deconstruir mucho esta categoría (escucha) que es muy importante. . . El trabajo cotidiano en musicoterapia cuando tiene raigambre psicoanalítica está vinculado con la <i>interpretación</i>. La escucha, entonces, está ligada a un marco previo que tiene que ver en este caso con el psicoanálisis, entonces todas las categorías, que vos tenés de ese marco, están todo el tiempo “haciendo lectura” sobre eso que estás viendo y escuchando; en verdad están

	reduciendo. Con el tiempo y la experiencia, no es que lo descarté, pero empecé a entender que muchas veces lo que sucedía ligado a la salud no estaba vinculado a la narrativa que yo tenía construida sobre aquello que escuché, sino a la narrativa de le paciente o del grupo. Lo que mayoritariamente pasaba era que lo bueno aparecía como sorpresa . . . eso quiere decir que hay niveles que no se pueden escuchar . . . porque son niveles que no me pertenecían en cuanto a mi lectura, a mi narrativa y al recorte que yo hacía. . . . venís constituido por unas prácticas, unas representaciones, unos órdenes del discurso que te permiten percibir de determinada manera vas a tener siempre un límite y escucharás desde un recorte. A la vez, es necesario que vos hagas ese recorte, es decir, sabés que eso es una narrativa. Es un tema de planos, el posestructuralismo te permite trabajar con planos.” “qué es más importante: la <i>experiencia</i> de le paciente o la <i>escucha</i> de le musicoterapeuta, que interpreta y le devuelve a su paciente algo en relación con esa experiencia.” “Es entonces, la escucha de le musicoterapeuta, con toda su limitación, sumada a la narrativa construida a posteriori (las notas tomadas sobre lo que sucede en sesión), pero fundamentalmente, y todo el tiempo, en comunicación necesaria con lo que escucha y la narrativa que va armando la persona o el grupo.” “la escucha es muy importante en la etapa de evaluación, valoración o como quieras llamar a esa primera etapa de trabajo. . . . En ese momento hay que empezar a registrar, abrir la posibilidad del ‘mostrarse o dar a ver’ de esa persona con la que estás trabajando” “No funciona la escucha musicoterapéutica sola, es imposible. Si fuera así, es horrible porque no tiene en cuenta la escucha del paciente y, en el caso de los grupos, los demás integrantes.” “el objetivo sería que esa jerarquía de la presencia de la escucha de le musicoterapeuta empiece como a equipararse y de lugar a la escucha de sí mismo de cada uno y la escucha en interacción del grupo.”
Mt 3	“se inicia el dispositivo cuando la escucha en contratransferencia musical empieza a suceder. A partir de algún efecto justamente de la transferencia musical del paciente, la escucha del musicoterapeuta en contratransferencia comienza a plantear un escenario, a despertarse y es ahí el origen del dispositivo. Escuchar en contratransferencia implica escuchar lo sonoro de ese sujeto que está en demanda en su dimensión más significativa. Escucharlo con todo el impacto sensible, estético, simbólico, subjetivo, en la subjetividad del musicoterapeuta. Escuchar eso que se produce en el paciente a nivel sonoro, pero desde una dimensión más significativa y que es un impacto sensible totalmente singular de ese encuentro. No es que hay un forzamiento de interpretación.” “es un acto de reconocimiento, ahí está sucediendo el significativo sonoro. Habilita al sujeto, al paciente a escucharse.” “una vez que el musicoterapeuta empieza a escuchar en contratransferencia empieza a hacer intervenciones . . . que invitan al paciente a que él mismo se escuche a nivel significativo sonoro” “el primer objetivo es habilitar el dispositivo. Eso es habilitar a un sujeto a que empiece a escucharse a sí mismo a nivel significativo.” “Luego el objetivo de la escucha es si ese sujeto empieza a escucharse a nivel

	significante, que por la escucha y el tratamiento de su producción sonora elabore su producción sonora.” “Ya solo escuchar es intervención si se está escuchando lo significativo.”
Mt 4	“la escucha trabajada [Elcira Belloc], tema que me parece de alguna manera fundamental.” “La escucha es un diálogo en realidad. La escucha es un proceso de análisis y síntesis. Uno cuando escucha está haciendo las dos cosas a la vez. “ “Cuando hago un diagnóstico no puedo escuchar al paciente si yo no produzco sonido y eso evidentemente que altera en algún punto, pero es también lo que permite que el otro produzca. Es una relación de pares en algún sentido. Entonces mi producción sonora que está pensada en función de la producción del otro es lo que habilita al paciente a producir sonido y mi escucha lo que la transforma en discurso.” “Lo que yo analizo y sintetizo es para que el paciente no termine de producir. Al ser un pensamiento estético se trata de un juego de formas, entonces, lo que yo necesito es la forma que se deforma y se transforma en otra forma. Eso es el pensamiento formal . . . tenga la mayor cantidad de posibilidades en su propia producción.” “Mi escucha tiene que ver con el ofrecimiento permanente de variaciones a la producción sonora del otro con el objetivo de que él pueda percibir y reconocer las variaciones de lo que está haciendo.” “La escucha es desde la empatía.” “Lo que yo sé es que tengo ganas de escuchar al otro, que yo disfruto de escuchar al otro y cuando yo disfruto entiendo algunas cosas.” “Hay una actitud de querer estar con el otro, de querer escuchar al otro y de todo lo que viene después con la escucha, abandonarse, prestar el oído, el tiempo, la atención. Poner la intención a la atención y soportar el silencio, algo de lo que habla Gustavo Langan. Esa es gran parte de la cosa.”
Mt 5	“En principio la escucha es un sustantivo. Yo creo que los musicoterapeutas como profesionales de la salud lo que en general hacen es escuchar que es un verbo porque justamente es una acción. Hay una actitud de escucha, hay un ejercicio de escucha. Ejercer la escucha en musicoterapia tiene que ver con una posición que te permita estar abierto a la producción y al enlace de los objetos sonoros a los que les doy sentido.” “a lo que le hago escucha es a la relación, a la organización que existe en la producción discursiva de un sujeto entre los objetos sonoros que no son las fuentes. . . . Los instrumentos musicales en sesión de Musicoterapia son fuentes, no solamente son fuentes, sino que son objetos que se libidinizan y con esto también tomo cuestiones del Psicoanálisis en función de la escucha que yo les doy.” “Escuchar musicoterapéuticamente es hacer del decir un lenguaje. Cuando escucho la producción de un paciente, primero lo considero un productor de discurso estético.” “el discurso estético es primordial, es principal, nos trasciende y es muy anterior al lenguaje verbal. . . . La escucha de esa organización discursiva va a hacer que eso que el otro dice tenga categoría de lenguaje. Entonces no escucho ruidos,

	siempre voy a escuchar sonidos.” “hay un corrimiento de la idea de escucha como escucha semántica.” “Creo que los musicoterapeutas venimos a aportar con esta manera de escuchar la posibilidad de hacer del decir un lenguaje, de dar lugar a la discursividad estética que se juega en toda producción humana, en todo modo de manifestarse y otorgar a la escucha un sentido que no necesariamente tiene que ver con la escucha semántica.” “Cuando escucho a los musicoterapeutas hablar de observables y hablar de mirada es un puñal en el corazón de la teoría musicoterapéutica. Yo no digo que no miremos porque yo estoy mirando, mi cuerpo está en la escena y demás, pero digamos que las palabras que más se acercan a lo que hace un musicoterapeuta son escucha y audición si tuviéramos que decirlo de alguna manera.” “Por otro lado en la <i>escucha trabajada</i> abordamos esta cuestión. En la formación que uno va haciendo por medio de las sucesivas grabaciones y audiciones, procedimientos tomados de los desarrollos de Schaeffer, hay un gran trabajo acusmático. Se trata de un enorme trabajo con la organización de ese discurso que está muy basado en lo que oigo y en cómo lo tamizo para hacerlo escuchable, más que lo que veo.” “Esto me parece interesante decirlo porque la realidad es, que, en la escucha directa, cuando estoy ahí en la escena clínica, todos mis sentidos están dispuestos a apreciar lo que pasa. Por eso uso la palabra apreciabilidad. Yo aprecio lo que está aconteciendo. No es que lo miro. Lo escucho, lo siento, lo percibo. Apreciar está más cerca de la idea de percibir y también apreciar es darle un valor precioso a eso que está pasando allí.” “Por eso coincido con que la escucha es ampliada, pero me parece que habría que ponerle otro nombre. Habría que llamarla apreciación... No sé... Que refiera a una performance compleja e integrada.” “El objetivo de la escucha clínica es decodificar lo que está aconteciendo y qué de eso que acontece produce sufrimiento. Porque ese sufrimiento se está manifestando de algún modo que yo puedo con mi escucha musicoterapéutica identificar y decodificar no para hacerlo encajar en un diagnóstico o en algún lugar. No se traduce. . . . No lo traduzco a lenguaje musical. Lo incorporo como musicoterapeuta. . . . Empiezo a encontrar los objetos sonoros que forman parte de este acontecimiento. A partir de esto yo pienso que los acontecimientos son sonoro musicales. No son sonoros.” “el objetivo tiene que ver con . . . decodificar un padecimiento, darle lugar de decir a eso y sobre todo me parece que el objetivo de la escucha está muy vinculado a ese lugar de la experiencia. Experimentarse a sí mismo como un ser expresivo y comunicativo. Para experimentarse a sí mismo expresivo tiene que haber otro que aloje mi expresividad, que le dé sentido para que yo también pueda ofrecerla y ponerla a circular. Somos en vínculo.” “La escucha se aprende escuchando. Hay algunos procedimientos, yo no los llamaría métodos, son procedimientos que ayudan a aprender la escucha. Para mí esos procedimientos son la grabación, la supervisión, el trabajo con otros, el ejercicio clínico compartido.” “para formarse en la escucha trabajada es necesario este procedimiento de grabar y hacer escucha reducida.” “Entonces cuando hablo de escucha reducida me refiero a esto, a que yo escucho en otro momento ya de un modo acusmático y entro en esa trama y empiezo a identificar los objetos sonoros que conforman ese fragmento y las relaciones que
--	--

	existen entre esos objetos sonoros. Uno va haciendo como una transformación porque no es la escucha musical. Schaeffer no dejaba de ser un músico. Él hacía una escucha musical. Yo creo que uno, los musicoterapeutas, hacemos otro tipo de asociaciones cuando escuchamos cómo un objeto sonoro se relaciona con otro y cómo vuelve a aparecer o cómo no vuelve a aparecer. Hacemos asociaciones con un montón de elementos clínicos y contenido clínico que no solamente tiene que ver con nosotros, con lo que hemos relevado, sino con la tarea interdisciplinaria...”
Mt 6	“hay que producir la escucha en el sentido de formarla artesanalmente. . . . Retomo la antigua idea griega de técnica desde lo artesanal en el sentido de hacer existir, de poder traer a la existencia algo que no puede por sí mismo. . . . en la escucha hay algo que tiene que ver con esto de componer todo el tiempo una técnica, para cada momento, para cada paciente, para cada situación. Hay una producción de escucha porque no siempre los datos significativos están en las mismas zonas, en los mismos planos, en la misma materialidad siquiera.” “es un trabajo primero con uno mismo, hasta de cierto forzamiento si se quiere de la propia percepción porque hay algo de abandonar esa percepción. Hay algo de dejar caer para bajarse así de las grandes formas, de la cosa esperable. Las costumbres perceptivas nos traccionan para un lado.” “Yo hago una diferencia entre el escuchar y el oír. Para poder bajarse de la percepción, bajarse del escuchar e ir a un oír en el que uno por ahí encuentra cosas impensadas e imprevistas, se necesita un trabajo técnico y eso es producción de una escucha.” “la escucha . . . es ese trabajo permanente, artesanal, minucioso de renuncia de querer encontrar las grandes formas, por lo menos trabajando en lo clínico, en salud mental donde muchas veces las cosas no están armadas, no están perteneciendo a las grandes formas, no están montadas en grandes cadenas significantes, sino que están mucho más diluidas. Si es que están armadas también es para escuchar ahí si esto que supuestamente está tan armado es realmente un lenguaje, si es una repetición, si es algo aprendido, si es algo con un sentido para quien está produciendo o si es una mecánica.” “es en tanto que hay una escucha disponible que algunas cosas que se perderían en la nada toman relieve y tienen un sentido porque hay alguien disponible a escucharlo.” “es a partir de la repetición, de la experiencia, del juego y de que alguien esté disponible a darle legitimidad a eso como auténtica expresividad que se produce en enlace con el sentido.”
Mt 7	“es como un acto de recogimiento en donde uno está presente. La escucha no es sin uno. Quien escucha es uno, pero a la vez hay un repliegue en este sentido de recogimiento. Hay un repliegue de sentido, un repliegue de los sentidos para poder sorprenderse.” “es el acto de dejar sorprenderse por lo que el otro está sonando. . . . Es replegar la autoreferencialidad del narcisismo para poder escuchar lo más despejadamente posible y sorprenderse con lo que el otro está entregando, dándonos a oír.” “escucho para luego intervenir de una manera más apropiada acorde a la

	demanda.” “escuchar al otro es acompañar. . . . Brindar un tiempo, un espacio, unos recursos, unas herramientas que contribuyan en poder fortalecer algo de ese proceso de transformación que demanda la persona. . . . escucha para acompañar, escucha para estar presente, escucha para entrar en empatía con el otro, escucha para generar una estrategia o una intervención que sea acorde a las posibilidades de trabajo de esa persona, acorde a lo que la persona me está pidiendo.”
Mt 8	“la escucha para mí es lo centra . . . en términos dialécticos, en términos de que yo tengo que crear las condiciones para escuchar al otro, pero también para que el otro me escuche porque lo que está pasando ahí es algo que nos atañe a ambos. Si bien tenemos lugares diferenciados en esa relación.” “es fundamental escuchar esa producción para descubrir qué es aquello que contribuye a que el paciente esté mejor.” “¿cómo describir la escucha? En principio te diría que depende de los objetivos terapéuticos.” “la escucha es que va más allá de lo sensorial porque es una posición. Se trata de albergar al otro, de entender al otro, de destrabar algo que al otro le provoca sufrimiento y que uno espera poder ayudar en ese proceso terapéutico. En ese punto creo que la escucha es central pero no es el objetivo de nuestro trabajo, es un medio.” “escuchar por escuchar no tiene sentido para mí. Se trata de escuchar para intervenir, aunque sea no diciendo nada. . . . Intervenir siempre pensando cuál es el sentido de escuchar, cuál es el sentido de que ese paciente esté en una sesión de musicoterapia, o esté tocando, o esté cantando o esté haciendo lo que puede hacer.” “Por otro lado yo creo que escuchar es inescindible de lo sonoro.” “No se pueden escindir ambas dimensiones, la del sujeto que escucha y la del objeto escuchado que conforman la experiencia única.” “Es un medio para construir con el paciente una relación terapéutica, es decir una relación que tiene por objetivo el bienestar del paciente . . . estar al servicio del proceso terapéutico del paciente.”
Mt 9	“La escucha es receptividad, atención, mirada y sentimiento. Es percepción y apertura. Es Amor... Tiene que ver con ese vínculo que se instala entre el terapeuta y el paciente para desarrollar una comunicación en donde ‘lo que se escucha’ trasciende lo sonoro y posibilita instaurar la comunicación entre el terapeuta y el otro. . . . se desarrolla sobre la base de una atención flotante por parte del terapeuta quien debe tener una posición de apertura y disponibilidad para acceder al universo del sujeto.” “La escucha del musicoterapeuta trabaja con la receptividad por parte del terapeuta y la expresión del paciente que incluye todas las posibilidades sensoriales”. “la escucha es mucho más que oír e implica toda la sensorialidad al servicio de la comunicación.” “El objetivo de la escucha es en primer lugar la posibilidad de abrir canales de comunicación para conocer el ISO (identidad sonora) del paciente para poder desde ahí abrir canales de comunicación no verbal y así encarar un proceso

	terapéutico. . . . la escucha te va a servir para evaluar el proceso. La buena escucha posibilitará un mayor y mejor acompañamiento...” “el terapeuta . . . más bien es un acompañante o monitor que fusiona empáticamente su discurso con el del paciente. Digamos que resuena en lo que sucede en ese vínculo y se entrega a trabajar desde lo que surge del paciente. Allí la escucha forma parte de un todo sin acceder al registro verbal. Esto significa que no hay posibilidad de traducir en palabras lo que sucede en el plano no verbal porque lo que sucede en ese registro solo queda para ese registro.” “Entonces en eso se centra la escucha en musicoterapia, en lo que realmente es y no en lo que se explica en el plano verbal.”
	Eje de análisis 2. Funciones de la EM de la producción sonora
Mt 1	“Hay un primer nivel que tiene que ver con el silencio, la perplejidad, la pregunta en abierto, el no saber. . . . Puede ser pasmoso. . . . estado casi en suspenso donde lo que está en suspenso tal vez es el propio saber, un a priori, un algo en donde no sé de mí, qué me espera. . . . La intención es silenciar eso e ir en estado de inocencia.” “después entonces entregarse relajadamente a ver entonces qué, qué está sonando. . . . Esa escucha conscientemente activa que trata de detectar el impacto subjetivo que las sonoridades ajenas producen en nuestra persona.” “Esa escucha trabajada o ese trabajo de escucha claramente inspira sonoramente, silenciosamente, gestualmente. . . . Hay un lugar donde la propia escucha relajada, receptiva y activa trae consigo una decisión, alguna forma de decisión...” “hay otra escucha que suele ser además . . . bastante gozosa. . . . Concretamente sucede que te entusiasmas como música y empieza a pasar algo allí.” “también está la escucha analítica (ojo no me refiero al psicoanálisis, ¿eh?) que es una cuestión de escuchar a la otra persona en un sentido tremendamente amplio. . . . de ninguna manera pienso que la escucha de lo sonoro deba estar limpia por así decirlo de todo lo que no es sonido. . . . cuando hablamos de escucha justamente estamos hablando de escuchar el silencio, qué temblor, qué tensión, qué mirada, qué proximidad física, qué estado propio y de la otra persona es lo que acompaña eso sonoro que ocurre. . . . Todo eso está en un marco contextual que hace a la subjetividad y a la intersubjetividad.”
Mt 2	“Me parece que es ético que haya niveles o jerarquías porque tenemos un rol profesional que desempeñamos y cuando trabajamos tenemos una responsabilidad. Mi escucha no puede estar al mismo nivel que la de un compañero en relación con estas cuestiones ligadas con la responsabilidad, por ejemplo.” “conviene distinguir el concepto de <i>planos</i> del de <i>niveles</i> o <i>jerarquías</i>. . . . del <i>plano de la ética musicoterapéutica en la escucha</i>, y reconocemos las diferentes jerarquías o niveles que implica la <i>responsabilidad asimétrica</i> de nuestro rol.” “se puede profundizar un poco más este problema complejo con el mismo ejemplo del plano de la ética profesional; en este plano vas a encontrar jerarquías

	de las escuchas en otro sentido: ¿Qué es más jerárquica mi escucha o la escucha de esa persona en relación con su propia producción?” “hay diferentes tipos de jerarquías, según el plano o subplano que se considere, en esta complejidad de lo que se escucha. La escucha del paciente es la más importante porque refrenda todo el tiempo.” “hay otros <i>planos</i> que son interesantes a considerar para pensar las jerarquías en las escuchas. . . . Por ejemplo, en el trabajo con personas mayores . . . <i>plano material y perceptivo de las intensidades sonoras</i> (sonoridades fuertes o suaves).” “plano de la escucha del significado, del sentido, de lo discursivo, de lo emocional pero lo previo, lo primero, es la cuestión ligada a lo expresivo – material – perceptual. Lo expresivo es materialidad, es sonoridad.” “escuchemos la narrativa de ella porque ella, te va a contar. . . . tomaría cuestiones culturales, alguna cuestión biológica tal vez, pero siempre va a estar articulado por la <i>historia singular</i> de esa persona.” “hice un trabajo de entrenamiento de mi escucha terapéutica y no tanto vinculado a alguna cuestión musical, sensitiva, sensorial, por ejemplo. . . . Siempre enfocada en esta cuestión de lo ético, de cómo escucho lo que tengo que escuchar.” “en mi formación siempre fue más importante la escucha vinculada al sentido y no trabajé tanto la formación de la escucha del sonido como tal; si bien ya te conté que tengo experiencia de haber ejercido como profe de audio-perceptiva.”
Mt 3	“escucha de aprehensión inmediata anterior a la escucha en contratransferencia . . . escucha como del primer plano de la piel, donde hay algo que te llama la atención o simplemente hay una fuente acústica que suena y la reconocés, señalás que está ahí. . . . el musicoterapeuta presencia un sujeto sonando por primera vez.” “lo fenomenológico . . . ¿Qué está sonando? Fuerte, suave, rápido o lento.” “los campos notables de la escucha. De eso que está sonando hay algo que me llama la atención o que destaca por algún fenómeno de leyes de percepción . . . por cualquier fenómeno, por fenómenos de jerarquía...” “ir habilitando a que se abra el campo de la transferencia, que ese sujeto empiece a volcar su transferencia, sus cargas simbólicas, emocionales, estéticas ahí en ese vínculo con el musicoterapeuta, en esos objetos. . . . va ir surgiendo una escucha más en contratransferencia musical que sería ir intentando escuchar los lazos del significante sonoro. . . . Cuando lo que suena genera lazos significantes, lazos que generan algún sentido dentro de esta estética misma, es ahí donde empieza a surgir la escucha significativa, cuando el sujeto empieza a enlazar y el musicoterapeuta lo escucha.” “De lo fenomenológico escuchar los parámetros del sonido, de la música. Dentro del campo de lo notable escuchar lo que emerja. Dentro de la escucha de los lazos, de lo significativo, ahí va a depender de los lazos que ese sujeto empiece a presentar, a crear. . . . Hay lazos significantes que tienen que ver con lo vincular, entre lo sonoro y los vínculos o sonidos que se vinculan . . . que tienen que ver con el modo de construir, de poner en relación sonidos. . . . ahí a mí me interesa escuchar las funciones sonoras y como el sujeto genera relaciones de sonido, relaciones que dan la posibilidad de crear un lenguaje con sentido para sí. Ahí ubicar las funciones sonoras como

	combinación, repetición, selección, sustracción, variación.” “La formación en GIM, si bien tiene que ver con escuchas de producciones sonoras de otros, está enteramente basada en la escucha. Esa es una formación que me intervino mucho y está muy presente, aún, cuando trabajo con improvisación.” “cuando surge algún curso o taller que me interesa lo realizo tenga que ver con Musicoterapia o a veces no, a veces tiene que ver con poesía.” “en el momento en el que estoy escuchando y está sucediendo la sesión trato de estar tranquila, suspender cualquier cuestión personal y estar ahí, suspender cualquier juicio y estar en tiempo presente de un modo más contemplativo sin ninguna presuposición de nada de ese sujeto.”
Mt 4	“hay intensidades. Ahí es donde aparece el silencio.” “Ahí claramente no pensaría en niveles, hablaría de intensidades. Hubo momentos de gritos y alegrías, y hubo momentos en donde él entró en silencio y yo también.” “me parece que es una cuestión de intensidades. Como el aire que se comprime y se distiende, se comprime y se distiende, es como el tema y variaciones.” “Por supuesto que hay niveles como el estésico, el poiético y el objeto neutro . . . son buenas formas de análisis. A mí me interesa más que nada, me apasiona el análisis del momento. Siempre me interesó esa cuestión de analizar, sintetizar y producir.” “Creo que es muy difícil escuchar objetivamente y creo que la emoción tiene mucho que ver.” “Hay momentos más intensos, más lentos o más rápidos, hay momentos más emotivos o más reflexivos y que por ahí viene ese juego de análisis y síntesis.” “Nosotros escuchamos formas que es otro lenguaje y que es el lenguaje primario.” “Nosotros los musicoterapeutas sobre todo escuchamos los aspectos formales del lenguaje en algo tan primordial como lo rítmico- sonoro- corporal entonces me parece que la formación que el musicoterapeuta tenga en su escucha es su acto de profesionalidad y escuchar tiene que ver sobre todo con la empatía y con algo que yo también trabajé en <i>Escuchar a los niños</i> y es la convicción de que no sé lo que voy a escuchar... porque hay gente que sabe lo que va a escuchar y no escucha.” “Yo me formé mucho en el tema de la escucha y creo que es así, es una cuestión de empatía. Lo que yo sé es que tengo ganas de escuchar al otro, que yo disfruto de escuchar al otro y cuando yo disfruto entiendo algunas cosas.”
Mt 5	“dos posiciones de escucha. . . . Una es cuando estoy escuchando clínicamente, cuando estoy en posición clínica y la otra cuando estoy.” “La escucha clínica que es el ejercicio de escucha cuando el encuadre es clínico y cuando estoy posicionada clínicamente, es decir, siempre que estoy en funciones profesionales ante un paciente. Por otro lado, la escucha que tengo en general como musicoterapeuta que no me la saco de encima.” “Dentro de lo que es la escucha profesional me parece que hay como otras subdivisiones posibles. La escucha que interviene y la escucha que me aporta información. Hay una escucha en la que yo siento que voy incorporando datos siempre considerando que son un recorte.” “Entonces, habría como un momento en el que va entrando la data, la

	información y uno va registrando, separando lo que hay que recordar. A veces es claro, yo siento que hago notas mentales de lo que escucho, de las sonoridades, de los cambios. A veces están mezclados con lo semántico, con lo que escucho en palabras, a veces no. A veces está vinculado a lo que pasa corporalmente y a veces no. Y después hay una escucha que es la escucha que interviene. Hay un momento donde uno produce casi simultáneamente.” “Por otro lado, en la <i>escucha trabajada</i>. . . En la formación que uno va haciendo por medio de las sucesivas grabaciones y audiciones, procedimientos tomados de los desarrollos de Schaeffer, hay un gran trabajo acusmático. Se trata de un enorme trabajo con la organización de ese discurso que está muy basado en lo que oigo y en cómo lo tamizo para hacerlo escuchable” “a lo que le hago escucha es a la relación, a la organización que existe en la producción discursiva de un sujeto entre los objetos sonoros que no son las fuentes” “La escucha de esa organización discursiva va a hacer que eso que el otro dice tenga categoría de lenguaje. Entonces no escucho ruidos, siempre voy a escuchar sonidos.” “Por una cuestión fisiológica también cuando yo estoy hablando o produciendo sonoramente, fonando, la escucha tiene como ciertas interferencias. . . . Porque también yo estoy inevitablemente buscando un ordenador en eso que está sonando y desde esa perspectiva podría decir que estoy representacionalmente interferida por mis representaciones musicales . . .”
Mt 6	“Me parece interesante pensarlo como planos o en todo caso como líneas.” “la cosa se mueve realmente cuando estamos disponibles para salir de lo jerárquico y plantear la jugada tirando de las líneas de fuerza que tenemos a disposición acá. Esas líneas siempre son bastante imprevistas y con un poco de suerte cuando las líneas componen algo, pueden componer un plano y en todo caso ahí tenemos planos que se conectan. Digo que las líneas son un poco imprevisibles y por eso no sé si hablar de niveles de escucha. En todo caso si nos ubicamos en un sistema de niveles diría que sería el nivel más materialista, en el sentido de ir a lo más llano de lo que pasa con la materia: con la materia sonora, con la materia movimiento, con la materia expresión. Con expresión me refiero a gestualidad, cuerpo. Diría que en el nivel de la materialidad en su estado más larvario es donde están las líneas de fuerza que son solo líneas. Ahí se mueven las cosas, ahí pasan cosas. . . . No es que ahí no pase nada porque está por fuera del plano de organización, porque está la cosa más disuelta, pero no es que no pase nada, están pasando cosas todo el tiempo y tarde o temprano hay asociaciones.” “Sean las que sean las líneas que aparecen son las que están disponibles para componer algo del orden de la expresividad. Después vemos si eso es signo, si eso entra en otros conjuntos, si podemos hablar de lenguaje ahí. En principio me parece que al hablar de expresividad espontánea con las líneas materiales que estén disponibles habilita un montón para hacer, me parece que da una perspectiva de a dónde uno escucha.” “me parece que trabajamos con eso, con una temporalidad y un espacio y con líneas de expresión que se van abriendo camino por donde se puede.” “Hay algunos momentos que a mí me parecen muy claves en los que está apareciendo algo por primera vez o se están enlazando. El otro está pudiendo

	enlazar por primera vez algunas cosas, algún gesto” “Sabés que muchas veces, a mí me ha pasado con los niños, de necesitar pares de instrumentos. Es impresionante, pero a veces pasan cosas cuando los dos tenemos instrumentos similares. Esto te permite, cuando surge esta cosa que empieza a ser, que uno tiene la sospecha que es significativa para el otro.”
Mt 7	“escucha índice que es lo primero que captamos, lo que a través de nuestros filtros humanos, psicológicos, experienciales, subjetivos logramos captar como formas y nos impacta.” “una segunda escucha que se relaciona con el desciframiento . . . qué elementos son los componentes de eso que escuchamos. En musicoterapia podrían ser todos los elementos contributivos que forman parte de lo sonoro . . . búsqueda de formas. Entender determinadas formas que se nos plantean a nuestra percepción.” “tercera escucha que tiene que ver con lo intersubjetivo, lo que se pone en juego en relación con el otro cuando uno escucha desde el vínculo y desde la propia historia de cada quien y de la propia subjetividad” “Para mí, el campo de la escucha es indiscutiblemente un campo intersubjetivo que tiene que ver con la escucha del musicoterapeuta. No tiene que ver con una verdad de lo que da a oír el otro, sino que tiene que ver con lo que escucha uno, con ese recorte que escucha uno. Por eso no me imagino ningún tipo de interpretación que esté por fuera del diálogo con el productor, con quien produce ese discurso.” “algo que hicimos en el equipo y que tiene que ver con algo más relacional si se quiere, en el sentido de cómo se juega esta relación entre escuchar al otro, hacerme escuchar por el otro y escucharme a mí mismo. Esa construcción se da en el contexto de cualquier expresión.”
Mt 8	“el objetivo terapéutico orienta la escucha. . . . Yo voy a escuchar, voy a privilegiar, voy a recortar aquello que me facilite cumplir con los objetivos, lo que me de herramientas para hacer mejores intervenciones.” “Si pienso que todo el proceso que vamos a vivir va a estar mayormente basado en intervenciones musicales, con música me refiero a que no son prioritariamente corporales o gestuales, sino que va a pasar por lo sonoro, entonces, prefiero ajustarme a eso.”
Mt 9	“Hay un nivel que podríamos pensar más cercano a lo que nosotros como músicos podemos conocer. Por ejemplo, ¿Qué encuentro con el objeto sonoro hace el paciente? ¿Cómo hace? Si es una reacción, una acción – reacción porque hay algo y hace una y otra vez sin sentido. Esa es una primera forma quizás de empezar a conocer la ISO/ISE del paciente. Luego a lo largo de un proceso de musicoterapia se podrá observar la transformación del sujeto en términos cualitativos y cuantitativos. En el “cómo” se expresa a través de los elementos que tiene disponible ya sea objetos sonoros, el mismo cuerpo o la voz, se tomarán los parámetros musicales para observar cómo los usa: fraseo, respiraciones, niveles de intensidades al utilizar el material

	con cierta intención. . . . pautamos gradientes de observación del discurso que están en relación a los elementos que la música nos ofrece cuando analizamos por ejemplo una obra musical. Nosotros los musicoterapeutas / músicos tenemos esta manera de escuchar.” “Como musicoterapeuta es indispensable conocer tu propia identidad sonora. . . . Lo primero para desarrollar una buena escucha que como dije es más que oír, tenés que poder escuchar (te), conocer (te) qué pasa con vos, lo sonoro y la expresión en general, donde interviene el cuerpo, la voz, el movimiento, el objeto. Ese es un trabajo permanente que tiene que hacer el musicoterapeuta en el cual aprende a conocerse como se vincula con los objetos, lo sonoro, lo sensorio y el otro.”
	Eje de análisis 3. Escucha del aspecto descriptivo-material de la producción sonora
	“todo puede transformarse desde lo sonoro en el indicio significativo. . . . Tanto las cualidades de la materia sonora donde incluyo todo lo que enseña Eiriz en la facultad que tiene que ver también con las dimensiones de espacialidad, por ejemplo, no es lo mismo una masa sonora que se te acerca que la que se mantiene distante. Lo mismo tanto las cualidades de la materia sonora en un sentido amplio, desde la escucha reducida de Eiriz como las condiciones musicales tradicionales, los ritmos, la armonía, lo melódico. Yo no creo que allí podamos hacer a priori, una selección. Diferente es si vos trabajás en el plano de la rehabilitación [...] No es mi caso ni creo que una concepción rehabilitadora, reeducativa, coincida con nuestro paradigma a partir de la noción de a-disciplina.”
Mt 2	“El tema de la voz es fundamental: la intensidad, el tipo de voz, la sonoridad de la persona.” “No me parece que sea relevante otra cosa más que algo que sea propio de esa persona a nivel sonoro.” “en el trabajo con personas mayores, se presenta en la escucha el plano material y perceptivo de las intensidades sonoras (sonoridades fuertes o suaves). También ocurre algo similar, en relación con esto, en el trabajo con personas en situación de mínimo estado de conciencia.”
Mt 3	“Los parámetros del sonido . . . intensidad, timbre, grano del sonido, ictus, formas de ataque, formas de extinción. Trato de presenciar en esa primera escucha y de contemplar lo que se presenta sin ningún juicio los parámetros de la música, si aparece alguna escala de las más culturales o el sujeto está armando alguna relación de escalas, de tonos, relaciones de duraciones, agrupaciones de ritmos, relaciones de texturas, de densidad cronométrica o polifónica. Si aparece alguna forma musical porque

	reitera o varía, o alguna cita de algún estilo...”
Mt 4	“el entendimiento de los parámetros del sonido. Comprender la duración como construcción en el tiempo. El tema del tiempo me parece que es fundamental en cuanto al tema de congeniar o separar según las alternancias. Entender el valor espacial de la melodía. El valor que le da a la corporeidad de lo melódico y el aspecto de la emotividad del timbre.” “tiene que ver primero con una producción en el tiempo que es la duración asociada con el ritmo, segundo la espacialidad con todo lo que implica el cuerpo de lo melódico que automáticamente te lleva a incursionar en el espacio y la emotividad más fuerte que para mí es el timbre.”
Mt 5	En relación a lo más técnico quiero aclarar que hay una formación en lo que se oye porque estamos hablando de esta escucha reducida en la que yo me pongo a oír. -En eso también me ha sido muy útil la teoría schaefferiana por todos estos conceptos de masa, factura, los cuatro tiempos de la escucha, el tipo de objeto sonoro, pero no exclusivamente, no solamente. Eso es algo que me aporta, pero en este punto los parámetros a los que les voy a hacer mayor escucha o voy a tirar el ancla como diciendo es por acá también están atravesados por la singularidad de cada experiencia terapéutica. Hay parámetros que se nos hacen más presentes a la escucha, por ejemplo, la intensidad. . . . La densidad cronométrica, el tempo con el que aparecen determinadas cosas, la frecuencia con la que van apareciendo, la velocidad, los cambios de velocidad, la relación entre las velocidades de la producción de los objetos sonoros, la diferencia, los objetos acumulados, los objetos que uno escucha que son como un montón de objetos chiquititos todos en una maraña.” Hay como líneas de alto impacto, la intensidad, la densidad cronométrica, los patrones rítmicos. Después hay un montón de otras cosas que son puntuales de cada paciente. Pienso también que la identificación del MOTIVO es lo nodal. “no podría generalizarlo ni sistematizarlo. Lo que creo que se sistematizan son los modos, las cualidades son las que aparecen en el momento.”
Mt 6	“ir al llano, a la materialidad, a la cosa más larvaria del sonido, duración, timbre, texturas, combinaciones. Con todas estas combinaciones terminamos teniendo ritmo, melodía y armonía.”
Mt 7	“hay muchos mapas posibles de pensar lo sonoro. . . . lo más tradicional de todo, los elementos compositivos como pueden ser la temporalidad o el ritmo, la armonía o los acordes, pueden ser las melodías, las alturas, los tonos o pueden ser las texturas en relación a la superposición o la forma en el sentido de qué estilo toca o los elementos organizadores.” “Yo tengo un campo psicasonoro que ya está instalado en mi cabeza. . . . Para mí

	son todos esos elementos de lo sonoro y de la música que después de 40 años en esta área ya tengo un campo nuevo que para mí es el campo de la musicoterapia. En este caso donde yo me dedico más a los social y a salud comunitaria se trata de un campo que yo diría psicsonoro, psicosocial sonoro. Es un campo que ya tiene teoría propia.”
Mt 8	“El timbre. Para mí los timbres son reveladores, son indicadores. El tempo. . . . El timbre y los matices.”
Mt 9	“Perfiles de todo tipo. Las alturas, las intensidades, el uso de las tímbricas. En realidad, en todos, pero también hay que ver cuáles son las características que trae el sujeto . . . las formas . . . los modos de acción . . . las alturas, los registros, en los timbres y en el modo en que los organiza, así como también en cómo se vincula con todos esos elementos.” “Por lo general se toman en consideración todos los parámetros. Puedo priorizar unos más que otros en algún momento. Tampoco hay una ley universal donde siempre hay que empezar por aquí o por allá. Hay que ver cuáles son las demandas, cuáles son las necesidades de los pacientes, pero vamos a tener que tomar en cuenta los distintos perfiles sonoros.”
	Eje de análisis 4. Escucha de los aspectos inherentes a la construcción de sentido de la producción sonora
Mt 1	“la clínica musicoterapéutica es la clínica del detalle, de lo sutil. . . . estar atenta a aquello que por así decirlo marca una diferencia en el estado de cosas, en el vínculo, la emancipación subjetiva de la persona con quien compartimos algo del orden estético, algo de ese formato subjetivo que parece poder otra libertad.” “no es la forma de lo repetitivo, de ninguna manera, ni la forma de lo novedoso. . . . es una escucha del detalle y es sutil porque es descubrir allí en donde algo insiste en permanecer idéntico, tomando esto como una encerrona identitaria, como una fijación en las formas del padecimiento, empieza a poder desplazarse hacia otros lugares. Este es el motivo por el que debiéramos estar tan en contra de aquellos principios que atribuyen a priori significación a lo que suena.” “un silencio puede aturdirte como novedad o justamente una reiteración aparece como eso que te deslumbra desde una estabilidad que antes no podía haber o una estructuración que antes era imposible de soñar y viceversa. No podemos decir lo que se repite es lo que hay que evitar, no. Si lo que se repetía era el caos o la improvisación permanente, la imposibilidad de dúo o escucha de la otra parte, lo que fuere, la permanente ansiosa variación en términos de formas, el nunca poder aquietar algo de lo que se produce y de repente un día sucede. Yo creo que es eso. Que después en los procesos, en las supervisiones, en el pensar la sesión se puede decodificar, ver qué sentido tuvo eso en el hacer de un tratamiento, pero en el momento tiene que poder detectarse sutilmente.”

Mt 2	“Yo no creo . . . que haya una linealidad posible. . . . Me parece que no es posible hacer ese tipo de asociación a priori. A posteriori sí, el semiológico es un plano más.” “Yo considero que hay una conformación de . . . un ethos expresivo . . . cualquier producción de cualquier persona está constituida, como su subjetividad, por cuestiones particulares culturales, por su historia de vida, por su singularidad, por prácticas vinculadas a su modo de ser [...] al <i>modo de expresarse de ese ser</i>.” “Esa complejidad se presenta con la posibilidad de ser recortada en algunos sentidos.” “Lo que se busca no es algo que se busca como quien busca una esencia o un significado, sino que se está atento a reconocer los modos expresivos, cómo se da a ver, cómo se da a escuchar el ethos expresivo. Entonces no se recorta un significado escuchando solo una vez, en una sesión, ni siquiera en el período de evaluación.”
Mt 3	“Ahí la semiología, los campos notables de cada sujeto. Dónde cada sujeto que consulta va a empezar a aparecer de un modo más significativo, con un caudal donde se empieza a presentar lo significante. . . . el corte semiológico lo va a poner el sujeto.” “Hay sujetos que aparecen de un modo significante a nivel semiológico del índice . . . en el símbolo . . . a nivel célula rítmica, otros de motivo melódico, otros simplemente célula tímbrica o sujetos que aparecen a nivel de semifrases.” “Dentro de la escucha de los lazos, de lo significante, ahí va a depender de los lazos que ese sujeto empiece a presentar, a crear. Podríamos armar como distintos trazos. Hay lazos significantes que tienen que ver con lo vincular, entre lo sonoro y los vínculos o sonidos que se vinculan. Hay lazos o relaciones que ese sujeto arma que tienen que ver con el modo de construir, de poner en relación sonidos, entonces por ejemplo ahí a mí me interesa escuchar las funciones sonoras y como el sujeto genera relaciones de sonido, relaciones que dan la posibilidad de crear un lenguaje con sentido para sí. Ahí ubicar las funciones sonoras como combinación, repetición, selección, sustracción, variación.”
Mt 4	“Yo creo que el valor de las construcciones tiene que ver con cómo a partir del vínculo aparece lo emocional y lo simbólico.” “El sentido se construye a partir de la riqueza del vínculo” “En la medida en que el vínculo genera emotividad y situaciones simbólicas que están en posibilidad de representar diferentes cosas, hablo de una representación abierta por supuesto, hay una construcción de sentido de lo que se está haciendo y ahí cualquier cosa puede significar cualquier cosa porque el sostén es el vínculo” “Estamos hablando de una construcción de sentido o de discurso de gente que se vincula. Yo creo que el tándem ahí es la emoción y el símbolo, la base es el vínculo.”

Mt 5	“Uno empieza a tener esa lógica del hacer del decir un lenguaje y uno puede escuchar música cuando funciona el lavarropas porque uno ordena el sonido. Yo no puedo dejar de ordenar todo lo que suena. A lo que suena yo le encuentro algún sentido. Con niños que por ahí no tienen una gran producción sonora o a veces casi nula, uno empieza a ubicar que hay como una manera, hay una estructura, una organización. Uno transfiere esa apreciación de lo audible también a otros fenómenos que no necesariamente son audibles en el sentido decibeliano de la palabra.” “Las relaciones. La relación de lo que estoy escuchando, la relación que tiene una cosa con otra. . . . Relacionar las cosas, nada es fortuito. Siempre algo provoca que otra cosa suceda y está relacionado por oposición, por contraste, por similitud, por semejanza, por diferencias. . . . Estas son las leyes del discurso” “las leyes del discurso son las que nos rigen, no las del lenguaje . . . las leyes básicas del discurso para mí son tensión – distensión, antecedente – consecuente.” “El sonido en sí tiene sentido en la medida en que varía o que es siempre el mismo, pero hay pausas que le dan sentido para poderlo ubicar, aunque la organización sea una insoportable regularidad”. “Ahí ya hay musicalidad porque la musicalidad es la organización sonora temporal. Esto le da sentido a eso que yo puedo escuchar. Es un acto subjetivo también, escuchamos porque estamos en una matriz subjetiva, no oímos, escuchamos.” “Seguramente que en una insoportable regularidad inevitablemente voy a armar un acento, en algún lugar lo voy a hacer. A lo mejor vos lo armás en otro lugar, pero si no lo podés ubicar pasó a ser ruido porque se torna insoportable, entonces es un ruido, es un sonido no deseado. Yo te puedo decir, fijate: Tá ta ta ta Tá ta ta ta. El ritmo no se modificó, lo que hice fue acentuar. A lo mejor yo lo escuché acentuado porque necesité hacerlo. Esto que puedo necesitar hacer puede ser lo que yo le ponga, lo que yo le agregue, puede ser la intervención.” “De ese modo fui armando un patrón. Eso es musicalidad. Yo fui armando un patrón y el patrón empezó con un gesto corporal, mi mano en contacto con su espalda. El corría y cuando pasaba yo le hacía una caricia. Empecé a notar entonces que el empezaba a rallentar cuando se iba acercando a mí, como esperando. Ahí empecé a agregarle a esto alguna cuestión sonora. Es un no discurso que se transforma desde el momento que el corte se arma. Esto por el tema del sonido, no es solo el sonido. Es la musicalidad”
Mt 6	“Según lo que te dije de técnica, no solamente en cada persona es distinta, hay un modo de individuación también de cada momento del día” “no podría decir que busco escuchar algo porque eso lo va a disponer el fenómeno mismo, qué es lo que va a aparecer” “En la percepción o en las sensaciones . . . vuelvo a hacer esta distinción, en las sensaciones algunas cosas es necesario que estén garantizadas en la realidad. Que pase el tiempo y que vos puedas encontrarlas dispuestas de nuevo de determinado modo. . . si hay algo de búsqueda activa, más allá de los particulares que pone en juego cada uno, me parece que tiene que ver con la repetición.”

	“Que algunas cosas puedas a voluntad volver a repetirlas para enlazar con el otro para producir cosas, para entrar en código con el otro. Me parece que, si hay algo de búsqueda activa en la escucha, es de eso.” “esta coordinación consensuada de una mínima cosa que pueda aparecer una vez y otra vez nos da datos de que algo está pasando.”
Mt 7	“Una forma es a priori saber lo que uno va a indagar. En ese caso hay algunas categorías que se nos presentan como importantes . . . voy a estar atenta a todos los elementos de la producción que tengan que ver con lo vincular, por ejemplo . . . las funciones cognitivas . . . lo emocional. Esta forma implica que hay algunas categorías previas a las que yo puedo atender en el análisis de una producción en el momento en el que está sucediendo o después.” “Otra forma es ir completamente libre de categorías, o en ese intento por lo menos . . . decir yo me voy a sorprender con aquello que suceda. No voy a analizar esto como si yo tuviera un protocolo con determinadas categorías.” “para mí el mapa de los ejes de construcción subjetiva pensando lo emocional, lo cognitivo, lo vincular, lo vincular social, incluso agregaría lo espiritual y lo que tiene que ver con lo sensorio motor, con el cuerpo, con lo propioceptivo . . . nos sirve mucho para pensar tanto en los niños como en los adultos”
Mt 8	“Uno escucha cargado de referencias teóricas que te van guiando” “distintas áreas necesitan referencias teóricas diferentes.” “Por ejemplo, si estás trabajando en neurorehabilitación, en la parte motora de la neurorehabilitación, los signos corporales de confort o discomfort.” “Si trabajás en cuidados paliativos o . . . con personas con Covid, la frecuencia respiratoria o el nivel de saturación de oxígeno es un dato”
Mt 9	“No sé si me pongo a buscar ahí, no sé. Yo creo que quizás observo cómo está produciendo ese sujeto. . . . Si lo está haciendo de una manera desbordada sin ningún tipo de control o si empieza a tener un control. . . . qué cosas está pudiendo. . . . La escucha está puesta ahí. Dónde está parado para hacer lo que hace.” “Ahí vamos a poner la mirada o la escucha, si vos querés usar ese término, para que entonces esos cambios progresivos uno pueda ver si hay una transformación. ¿Y la transformación dónde va a estar? Y justamente en la presencia del sujeto en su propia producción sonora. Es decir, cuando deja de hacer una cosa totalmente de cualquier manera y empieza a tener un sentido que él le dé.” “Hay que buscar qué cosa sería relevante para el paciente para encontrar las metas en el proceso de musicoterapia. Serían relevantes aquellas cosas que puedan tener un lugar importante en la mejora del paciente y cobrarán relevancia aquellas otras que no lo fueron en un momento y que luego si por la transformación que ofrece el mismo proceso de musicoterapia, pero no porque haya un criterio a priori.”

	“¿Qué pasa con la búsqueda de modos de acción y su correlato en los modos relacionales que no sean tan violentos? ¿Qué pasajes empiezo a ver en el uso de los modos de acción y de las intensidades con las cuales el sujeto empieza a estar presente y no queda en el alienamiento que mostraba cuando comenzó?” “Entonces acá lo único traducible que puede haber es si hubo un cambio cualitativo en las intensidades. Uno puede hacer un relato en relación a esos cambios y entonces mostrar que ha habido una transformación que parece ser positiva para el sujeto.”
--	---

ANEXO II. ENTREVISTAS

ENTREVISTA A CLAUDIA BANFI

Fecha: 24/08/21

-Institución en la que se formó como Musicoterapeuta (año de graduación)

Se graduó como musicoterapeuta en la USAL en 1976. Licenciada en Musicoterapia en la UAI en 2005.

-Formación en otras áreas vinculadas al sonido y la música.

Aprendió de forma particular guitarra, flauta dulce y percusión.

Estudió canto y técnica vocal

En Argentina y Brasil participó de diversos workshops a cargo de maestros extranjeros. En Río de Janeiro, por ejemplo, formó parte de talleres dictados por Karl Berger –entrenamiento rítmico y vocal-

Compartió estudios y trabajos con el reconocido saxofonista Paulo Moura, la coreógrafa uruguaya residente en Brasil Graciela Figueroa, y otros músicos y artistas

También participó de diversas experimentaciones en el marco del Teatro trabajando la sonoridad desde el personaje, la voz, la puesta en acción del cuerpo y el decir (con Augusto Boal, y Amir Hadad)

-Otras actividades relacionadas con la Musicoterapia.

Supervisiones clínicas de forma particular e institucional en hospitales públicos

Tutoría y Jurado de tesis de Licenciatura

En la Licenciatura en Musicoterapia de la UAI está a cargo de cuatro asignaturas: Laboratorio de Investigación Sonoro-Corporal, Corporalidad y Música en Musicoterapia, Práctica Profesional Supervisada (cátedra compartida) y Seminario Interdisciplinario de Arte, Salud y Educación (con Profesores Invitados)

Se dedica al desarrollo teórico y producción escrita sobre Musicoterapia.

Ejerce como musicoterapeuta de forma privada.

-Área musicoterapéutica en la que se especializa.

Jóvenes y Adultos. Neurosis y psicosis.

Cuestionario:

1- ¿Cuál es tu orientación o desde qué posición teórica llevas a cabo el ejercicio de la Musicoterapia?

Claramente desde el paradigma estético cuyas fuentes están documentadas en las producciones de Rodríguez Espada, Olmedo y muchos otros.

Me siento parte de un movimiento del pensar que se funda en este paradigma cuyo mentor fue originariamente Rodríguez Espada.

2- De acuerdo a tu experiencia ¿Cómo describirías la escucha en la clínica musicoterapéutica?

La definiría básicamente como un trabajo no necesariamente consciente si es que nuestro entrenamiento en esa dirección es suficiente.

La escucha es una acción, valga la redundancia: no tiene nada de pasividad. Se trata de una acción concreta muy vinculada a la oreja del músico, de la música, a la escucha música que define Pierre Schaeffer en relación a qué hacemos con lo sonoro cuando escuchamos. El o la musicoterapeuta se supone que debiera tener esa oreja música que claramente lo que hace es transformar cualquiera de los sonidos del mundo en música. Cuando me refiero a música no me estoy refiriendo a la música de la academia o a la pre-considerada tal porque esa música incluso desde este concepto de escucha puede hasta ser ruidosa, puede interceptar a esta otra escucha mucho más compleja que requiere justamente de un accionar consciente del o la musicoterapeuta en funciones, que hace que devenga música en el vínculo aquello que podría no estar siendo escuchado. Esa es la acción. Cuando digo trabajo me refiero a producción, al concepto más marxista de producción, entra materia prima y sale otra cosa producida. En ese sentido la materia prima son todos los sonidos del mundo, la oreja música produce ahí el elemento de conexión posible con eso que quien produce está manifestando.

No es únicamente una acción porque esa acción al mismo tiempo habla de toda una predisposición que debe tener el terapeuta para que esa escucha esté funcionando. Por eso lo vinculo tanto a la escucha música. La gente música detecta lo que suena de una manera muy particular, de una manera que le es propia y que tiene que ver justamente con este hacer desde lo que se escucha. Se trata de un recorte que subjetivamente resulta significativo y desde allí permite vincularse en pie de igualdad con esa persona que acude a tratamiento. Sin disparidad en la relación. Este es un detalle de un posicionamiento que me importa rescatar. Hay música aquí y música del otro lado porque eso que sonó es música y desde allí te conectás. Por eso el paradigma estético. No porque la forma de la música nos quiere decir no sé qué sino porque claramente son esas las formas que van a posibilitar el vínculo que se puede generar desde un lugar que a mí me interesa destacar que es un vínculo igualitario entre personas músicas, de música a música. Considerando esta definición de música ya mencionada.

3- ¿Qué niveles o formas de escucha de la producción sonora identificás en tu tarea como musicoterapeuta?

Hay un primer nivel que tiene que ver con el silencio, la perplejidad, la pregunta en abierto, el no saber. Me parece que es como una base. Puede ser pasmoso. Me pasa también cuando escucho una supervisión o un paciente que habla y me cuenta. Es este estado casi en suspenso donde lo que está en suspenso tal vez es el propio saber, un a priori, un algo en donde no sé de mí, qué me espera. Por eso hablamos de una experiencia inédita cada vez. Debieran silenciarse, en la utopía por lo menos, los saberes previos, la expectativa y todo lo que esto pueda conllevar a nivel del sujeto terapeuta: ansiedades, temor a frustrarse, temores. La intención es silenciar eso e ir en estado de inocencia. Sería ese silencio que justamente me parece que es como la clave para la escucha. En otro caso yo escucho desde una determinada otra cosa. De ninguna manera quiere decir porque a veces se confunde esto, que la propia subjetividad no está presente. Para nada, no se omite, sino que está en una determinada condición, como diría Kazuo Ohno citado en mi libro: La perplejidad es la técnica

Ese sería un primer nivel, una primera condición para después entrar entonces de la manera más relajada y abierta posible en eso que suena. Estoy repitiendo cosas que ya escribí. La relajación en el sentido de un estado consciente de apertura a las propias sensaciones.

Primero no sé, pasmoso, y después entonces entregarse relajadamente a ver entonces qué, qué está sonando. Ese sería como el segundo nivel. Esa escucha conscientemente activa que trata

de detectar el impacto subjetivo que las sonoridades ajenas producen en nuestra persona. A partir de ahí ya directamente esta escucha, que es un trabajo como te dije hace un ratito, como es una acción música, desde ya que pide entonces una acción más. Esa escucha trabajada o ese trabajo de escucha claramente inspira sonoramente, silenciosamente, gestualmente. No me gusta llamarlo respuesta porque no es un ida y vuelta, es un estar adentro de algo. Esa escucha activa es generadora de acción considerando el silencio y la quietud también como una acción. Otras personas lo llamarían intervención, a mi esa palabra no me encanta. Hay un lugar donde la propia escucha relajada, receptiva y activa trae consigo una decisión, alguna forma de decisión: te respondo, dejo que sigas, me opongo, te sugiero algo...

Sigo avanzando porque estoy imaginando y evocando sesiones. Después de esta interacción, de este encuentro en lo sonoro hay otra escucha que suele ser además, que me perdonen, pero bastante gozosa, y que tiene que ver con que está pasando algo. Concretamente sucede que te entusiasmas como música y empieza a pasar algo allí. Algo pasa, ocurre y no es muy definible en palabras por suerte también. Esto nos pasa cuando hacemos música, cuando cantamos con otras personas, cuando estamos así en un buen momento de acontecer estético. Cuando ocurre es la gloria de la musicoterapia y se disfruta y se concientiza también y me parece que eso no tiene nada de malo: ¡Qué bueno que está esto!

Creo que es otro momento, otro nivel, otra de las posibles formas de escuchar en musicoterapia que nos tenemos que permitir entonces en tanto personas músicas, los y las musicoterapeutas.

Pensado en términos de niveles o formas de escucha, reflexión que nunca se me hubiera ocurrido, yo creo que también podemos pensar de qué manera podemos escuchar un proceso si tenemos un registro sonoro de lo que hubo. No sé, da para seguir esto o por lo menos para repensarlo. Lo estoy pensando ahora desde un pensar de improvisación libre. Con todo esto que te acabo de decir: escucho la pregunta, perplejidad, silencio y después respondo con algo desde lo que escuché... Es una especie de puesta en práctica de lo que te acabo de contestar. Con los riesgos y aventura de toda improvisación.

4- ¿Cuál es el objetivo de la escucha en la clínica musicoterapéutica?

El objetivo de la escucha es todo, es poner en funcionamiento la musicoterapia. No logro vislumbrar sin eso otra forma de que arranque nada, siempre definida la escucha como lo hice anteriormente.

Desde esta posición el objetivo es que exista la musicoterapia.

5- ¿De qué maneras trabajás, entrenás, ejercitás o preparás la escucha en función de tu tarea como musicoterapeuta?

Básicamente te diría que la entreno casi involuntariamente.

Luciano Berio dice: Llamaremos música a todo aquello que se escuche con la intención de escuchar música. Yo transformé esa frase: Llamaremos música a todo aquello escuchado como música.

Lo que a mí me pasa es que vivo escuchando música. Música entre comillas. Me llaman la atención sonoridades que inmediatamente se transforman en un goce estético, en una sensibilidad atenta. Escucho mucho. Además, me encanta escuchar muchísima música desde una oreja sin duda alguna selectiva. Esto quiere decir que claramente sé lo que me gusta y lo que no pero siempre tratando de estirar esas fronteras. Este es un trabajo que hago porque es también lo que le indico al alumnado. En relación al propio gusto yo creo que jamás la musicoterapia puede ejercerse violentando por ejemplo las propias afinidades electivas, los propios gustos en términos de lo que suena. Sí hay manera de entrenar una apertura en relación a eso. Siento que mi vida es un permanente entrenamiento en relación a eso. Escucho mucho. También cultivo en relación a esto mismo, porque creo que es la otra cara, el silencio. Soy muy poco tolerante y esto puede ser un defecto, pero me preserva. Preserva mi condición de musicoterapeuta. Música de fondo para mí no existe. Lo sonoro siempre es figura, inevitablemente. Por eso tengo mucho resguardo de lo que ofende a mi oreja o me intercepta, por ejemplo, en relación a las sonoridades de la casa, del mundo. Me intercepta mucho lo que suena, si me gusta genial, pero si no me molesta, no me deja ni pensar. Las voces de la casa, máquinas, música que alguien más está escuchando, se me va la oreja y cuando se me va la oreja tengo que elegir si quiero que se me vaya o no, si estoy haciendo otra cosa, concentrada en algo, o escuchando música en mi cabeza, que es algo cotidiano y muy frecuente.

Yo creo que hacer música por otro lado es fundamental. Hacer música, la que una haga. Yo canto un montón todo el día. Mi instrumento básicamente es la voz y lo tengo puesto. No estoy en ese momento, pero poco tiempo atrás estaba cantando en un dúo. La música, el hacer, el producir sonido está siempre presente. También lo incluyo no sólo en las sesiones de musicoterapia, en los juegos con mis nietas, mi saludo de cumpleaños puede ser que te cante en un mensaje de audio. Eso está en juego siempre.

No sé si a esta altura y a mi edad yo lo llamaría precisamente un entrenamiento, pero sí me siento como en permanente condición de música.

6- ¿De qué forma tocar música o intervenir sonoramente en una producción en la clínica afecta la escucha? ¿Qué características presenta esa escucha? ¿En qué aspectos se centra?

Como ya dije la escucha es una forma de la intervención en el punto donde esa escucha que hace con lo que suena trae casi de la mano una decisión, que puede ser silenciarse o seguir adelante. Después dije que hay un tercer momento en donde escuchas eso que está sonando entre, o esa ida y vuelta, o lo que sea que esté ocurriendo allí, o el compartir un silencio inclusive. Ahí yo creo que estás en otro orden de cosas que en función a lo que me preguntaste antes de los niveles se va modificando. Puede ser como ya dije desde una perplejidad primera hasta una escucha activa después pasando por esta cuestión del acontecimiento sonoro concretamente que además te puede llevar a nuevas decisiones, nuevas propuestas, nuevos acontecimientos. Yo diría que más que modificarse, porque la primera definición que te di sigue en pie y tiene que ver con este registro sensible que hace con lo sonoro, creo que se desplaza. No es que cambie el concepto de escucha en sí mismo, no creo que sea otra la escucha, pero se corre de lugar un poco por decirlo metafóricamente, va de un lugar a otro. Receptivo, receptivo siempre lo es. Cambia de función esa escucha: de ser primero una función más de recepción, tramitación interna de eso que se recibe, cambia a la interacción en la decisión de sonar o dejar de hacerlo, cómo sonar, qué sonar, cómo proponer sonar, a después disfrutar, compartir, evaluar. Va corriéndose de función, pero la escucha es eso que te digo que no dejás. No deja de ocurrir.

Cuando se suspende la escucha yo creo que sobrevienen esos momentos de infertilidad de la clínica que también los hay porque estamos hablando de un ideal. Por otro lado, quiero aclarar que hay un montón de cosas que pueden interceptar la escucha tan gloriosamente descripta y no obstante tan trabajosamente conseguible. Estas interceptaciones pueden tener que ver con el contexto que te distrae y no te deja seguir escuchando bien, pueden ser de la propia subjetividad afectada por cuestiones internas o no que no te permiten lo que yo llamo una escucha relajada en el sentido de su apertura, su distensión, su posibilidad de que lo de afuera entre, toque, conmueva. Cuando la escucha se intercepta, se suspende, se enturbia, ahí entonces deja de haber escucha. No lo digo en un sentido purista sino en el sentido de lo que significa la disponibilidad que implica hacia la otra persona el estar escuchándola, el estar escuchando aquello que se escucha. Nadie está exento. Después lo llevamos a supervisión, lo revisamos con colegas, nos preguntamos ¿Qué nos pasó? Estamos hablando a partir de tu cuestionario, de conceptualizaciones, la idea, que juntada con la práctica tiene sus bemoles, para hablar musicalmente.

7- De acuerdo a tu criterio ¿Cuál es la música o la producción sonora relevante para el musicoterapeuta? ¿Cómo la describirías?

Vuelvo a Berio. A Berio lo reversiono y digo música es aquello escuchado como música. En mi libro está mejor dicho. Música es aquello que en definitiva lo que hace es generar la posibilidad de un lenguaje, claramente un lenguaje no lingüístico. También hay muy lindas definiciones en mi libro en las citas a Pierre Schaeffer cuando diferencia el signo y todo ese despliegue conceptual que él hace.

Igual creo que te contesté con las preguntas que me hiciste antes porque para que algo pueda ser escuchado como música tiene que haber esa escucha música del músico que yo menciono.

8- Según tu experiencia ¿Qué relevancia tiene lo sonoro dentro de la producción discursiva en la clínica? Fundamental.

Dada nuestra disciplina debiera tener toda la relevancia, toda la relevancia, pero no es la única. No comulgo demasiado con esas concepciones de lo sonoro en musicoterapia como puristamente lo único que importa. Sino que creo, incluyéndolo en el concepto de escucha que te dije antes, que también está la escucha analítica (ojo no me refiero al psicoanálisis, ¿eh?) que es una cuestión de escuchar a la otra persona en un sentido tremendamente amplio. Además, dada mi manera de trabajo de ninguna manera pienso que la escucha de lo sonoro deba estar limpia por así decirlo de todo lo que no es sonido. Junto con ese sonido viene una actitud corporal, un gesto, una temperatura. Esto lo tengo escrito. No es música pura lo nuestro. Si bien lo sonoro es claramente lo nuestro, eso nuestro está, arma trama y objeto con el cuerpo, con el tono del vínculo, con el clima del encuentro. Todas estas cuestiones que yo creo que la persona musicoterapeuta tiene que estar absolutamente preparada para detectar, para percibir, para escuchar. Entonces cuando hablamos de escucha justamente estamos hablando de escuchar el silencio. No estamos hablando de una escucha solamente referida a lo sonoro sino qué cosa habita ese silencio, qué temblor, qué tensión, qué mirada, qué proximidad física, qué estado propio y de la otra persona es lo que acompaña eso sonoro que ocurre. Reitero incluyendo lo silencioso. Todo eso está en un marco contextual que hace a la subjetividad y a la intersubjetividad. Por eso también me parece tan importante en la musicoterapia en modo remoto: ¿Cómo hacemos para acercarnos? ¿Cómo nos miramos? ¿Hay encuentro? ¿No lo hay? ¿Qué le pasa a tu cuerpo? ¿Cómo está el mío? Todo eso hay que referirlo porque es parte. Sino bastaría con que nos comuniquemos auditivamente a distancia o nos oigamos

o nos mandemos grabaciones. No es así la musicoterapia. Entonces cuando nos ponemos puristas con eso como con cualquier otra cosa me parece que perdemos.

Si bien es cierto que la relevancia es total y apuntamos a ver con qué de lo sonoro hacemos con la persona paciente, por otro lado, no es con lo único. Claramente no es lo único y yo no me voy a cansar de decirlo.

Por eso me parece tan interesante e importante en las supervisiones o en los casos clínicos que se presentan en congresos o en los informes, que además de un registro sonoro que eventualmente puede haber o una grabación de la sesión, haya un relato, un decir palabras, una descripción. Ahí te enterás realmente lo que está pasando. Sí, es muy conmovedor escuchar, porque también me desdigo un poquito. Yo he escuchado grabaciones de las pibas del Tobar con los pacientitos y los escuchás en una progresión de cómo van sonando y claramente pareciera que todo allí está dicho. Por otro lado, no es que te ponen esa grabación y nada más. Allí hay una terapeuta que te está contando, que te describe al paciente y así es un poco como yo también funciono en las supervisiones. No me cuentes solamente lo que sonó, describime al niño, o a esa mamá. O qué te pasa a vos, cómo lo ves. Todo eso hace parte de aquello que no deja de ser nuestro vernos en la afección, nuestro propio impacto sensible ante la otra persona. Sino es como un poco quirúrgico el asunto. Pareciera que somos una especie de cirujanos musicales que desglosamos lo sonoro de la persona y eso es un disparate.

Me acuerdo cuando empecé a estudiar esa musicoterapia benenzoniana que se aprendía en el Salvador que nos decían lo verbal no, la musicoterapia es no verbal. Entonces lo que pasaba es que te venía a hablar un paciente y vos le tenías que responder tarareando. Esto es un extremo, pero ojo con eso también. Ojo con que parte de esas cuestiones que a mí me parecen obsoletas, en un afán de marcar la cancha disciplinar no nos sirve. Por ejemplo, la gente que se ofende porque un psicólogo use música. Sí, pero no es musicoterapeuta, entonces su escucha va a estar más referida a la palabra. Va a estar buscando la forma de juego con un niño como puede, si es músico tocará la guitarra y sino no, pero no hace musicoterapia porque su foco está puesto en otro lado.

A mí me parece que una cosa es precisar el lugar y definir con claridad éticamente sobre todo la posición que creo que siempre refiere a cómo consideramos al otro. Entonces ¿lo consideramos músico? Apostamos a esa posibilidad que es un poco la potencia que tiene lo nuestro. No es la que tiene el psicólogo. Pero de ahí a decir que eso es lo único que tenemos que escuchar me parece que es una concepción muy reducida de la escucha y de lo humano en general. Un cirujano sí está obligado, el campo de acción es este. Bueno, voy a operar este órgano, tapame el resto, miro allí y me concentro en eso. Menos mal que no son musicoterapeutas, que su atención no flota, que su escucha no inventa. No somos cirujanos. Entonces me parece que manejarnos con

categorías rígidas que son imprescindibles en el ejercicio de otras especialidades no nos conviene, me parece que nos acorta. Hay otras maneras de defender lo propio interdisciplinariamente y de potenciar lo nuestro desde su especificidad y que no tiene que ver con ensalzar eso que nos hace musicoterapeutas que es la música como algo privativo nuestro, único y excluyente campo de accionar o como lo único que escuchamos en una sesión.

Me parece que es un acto de generosidad imprescindible para el ejercicio de la labor el poner todo lo que tenemos al servicio del encuentro con la persona que concurre.

En ese punto me parece que la improvisación libre en musicoterapia, como bien lo destaca Rodrigo Olmedo, es algo muchísimo más abarcador que la mera improvisación en relación a lo sonoro. Es una posición justamente desde lo clínico afianzarte en un lugar improvisatorio que crea con lo que hay. La improvisación libre es armar algo con lo que hay. Hay algo del orden de lo creacional propio permanentemente en juego o que en todo caso debiera poder ponerse en juego a la hora del encuentro con la otra persona en tratamiento. Ahí no sabés en este estado de perplejidad al que aludíamos por dónde vas a poder entrar y muchas veces ese poder entrar justamente, ahora desde una concepción más amplia de la escucha, de esta escucha música referida a lo sonoro, pero también desde esta otra escucha que antecede, capaz que es un gesto, un elemento otro.

En la virtualidad por ejemplo fue un programa infantil de televisión que quería ver un paciente. Bueno veamos, compartimos pantalla y a partir de la música del programa le entramos a un accionar sonoro en común para después improvisar y dejar de lado la tele. Hubo que entrar por la tele. ¿Y por qué no? ¿Quién es la musicoterapeuta para decir que no es por ahí que voy a empezar porque eso es lo que a vos te gusta, pero no es música? Me parece que eso es restringir. Esa posición no está del todo afianzada desde un lugar justamente ético. Ahí yo creo que radica esa cosa: ¿Desde mi saber te impongo mi disciplina? ¿O desde mi no saber espero y escucho y veo por dónde vamos a poder encontrarnos igualitariamente en la música? Desde un lugar que ignoro y vos me vas a tener que decir un poco. Voy a tener que escuchar, ver que impacto me hace y ver cómo acompaño. Hay veces que es desde el sin saber justamente en esta escucha en suspenso.

Me parece que es importante esto de no restringir con conceptualizaciones que en definitiva apuntan al absoluto, como diría Najmanovich, la violencia del absoluto. Desde estas definiciones que apuntan al absoluto perdemos claramente y violentamos el qué de nuestro hacer. Lo violentamos, lo cercenamos y nos desplazamos hacia lugares que éticamente a mí no me convencen. Justamente porque se trata de la violencia del saber.

9- ¿Qué escuchás en una producción sonora en la clínica musicoterapéutica? ¿Qué buscás escuchar? (signos, índices, orientado al orden semiológico)

Creo que en ese sentido como ya lo he dicho en otras oportunidades, la clínica musicoterapéutica es la clínica del detalle, de lo sutil. Lo sutil no tiene que ver con el volumen audible de ninguna cosa sino con esto de estar atenta a aquello que por así decirlo marca una diferencia en el estado de cosas, en el vínculo, la emancipación subjetiva de la persona con quien compartimos algo del orden estético, algo de ese formato subjetivo que parece poder otra libertad. Por ejemplo, estás improvisando, lograste hacer una acción sonora conjunta y de repente algo que en tu historia o en la misma sesión o en tu conocimiento de lo que va ocurriendo aparece como novedoso, aunque sea muy pequeñito, aparece como una posibilidad nueva. Desde el sentido, desde que se dio a luz algo que no estaba, desde la forma misma de eso que suena o la manera de tocar... desde la forma. La forma de mirarme, la forma de acercarte, pudiste llegar más cerquita, hoy en vez de callarme me dejaste sonar. Eso es muy explícito, pero hay algunas cosas que son infinitamente más sutiles. Una célula rítmica que nunca dejó de repetirse hoy sonó un poco diferente, un instrumento siempre elegido el mismo o al revés algo que permanentemente está en cambio hoy pudo estabilizarse. O sea que no es la forma de lo repetitivo, de ninguna manera, ni la forma de lo novedoso. Justamente por eso es una escucha del detalle y es sutil porque es descubrir allí en donde algo insiste en permanecer idéntico, tomado esto como una encerrona identitaria, como una fijación en las formas del padecimiento, empieza a poder desplazarse hacia otros lugares.

Este es el motivo por el que debiéramos estar tan en contra de aquellos principios que atribuyen a priori significación a lo que suena. Por eso mismo te decía un silencio puede aturdirte como novedad o justamente una reiteración aparece como eso que te deslumbra desde una estabilidad que antes no podía haber o una estructuración que antes era imposible de soñar y viceversa. No podemos decir lo que se repite es lo que hay que evitar, no. Si lo que se repetía era el caos o la improvisación permanente, la imposibilidad de dúo o escucha de la otra parte, lo que fuere, la permanente ansiosa variación en términos de formas, el nunca poder aquietar algo de lo que se produce y de repente un día sucede. Yo creo que es eso. Que después en los procesos, en las supervisiones, en el pensar la sesión se puede decodificar, ver qué sentido tuvo eso en el hacer de un tratamiento, pero en el momento tiene que poder detectarse sutilmente. Esa es una atención que yo creo que no podemos no ejercitar. Mientras hacemos a ver qué hay hoy, cómo suena esto aparte de lindo y qué se yo qué. Qué cosa dejó de insistir como única posibilidad como bien dice Gauna. Gauna dice citando a Maturana que lo no sano es aquello que no presenta alternativa. Esa es otra definición como la de Berio que me parece una joya. Él vincula el concepto de salud y su opuesto a

la posibilidad de una alternativa a eso que se da. Me parece que eso es aplicable a la docencia, al ejercicio clínico, al padecimiento de las pacientes y los pacientes. ¿Esta forma tiene alternativas?

Como cuando practicamos versionar una canción en las clases. Qué es lo que reduce, qué es lo que limita, qué es lo que no te permite una expansión en el horizonte subjetivo que es el horizonte estético según nuestro paradigma. Y bueno, sí, que le hago una leve variación de tempo o altura, pero la sigo cantando pop, la sigo cantando bonita... a ver... cantámela de verdad, cantámela verdaderamente desde un lugar que sea verdaderamente alterno, verdaderamente una alternativa a eso que estás haciendo y que hacés siempre. Hasta dónde podés correr. Por eso hago ese entrenamiento justamente porque es poco saludable, tanto en lo que hace al gusto musical como te decía hace un rato como en lo que hace a la propia producción sonora desde un determinado lugar, cuando se insiste estéticamente en fijarse en algo idéntico a sí mismo. Esa definición de Maturana que yo conocí a través de Gauna a mí me parece que es una clave preciosa para entender y evaluar los procesos propios y ajenos.

10- ¿Cuáles son los aspectos/rasgos/características que identificás en una producción sonora? (desde un orden técnico, vinculado al sonido)

Ahí me parece que debieran ser todos ellos. Los que aparezcan justamente denotando alguna diferencia. Los que la propia persona que esté tocando, sonando o cantando ponga en relieve.

Creo que María José Bennardis habla del relieve de la materia sonora. De repente hay algo que impacta subjetivamente de la producción de la persona en la terapeuta y desde ahí responde. Ponele que tenga que ver con una cualidad tímbrica, será desde allí donde desde la propia escucha y el recorte que se hace se pueda detectar algún cambio.

Me parece que todo puede transformarse desde lo sonoro en el indicio significativo de un algo que puede mutar, un algo que puede permitir el encuentro, un algo que puede tomarse como el elemento que vas a focalizar temporariamente para evaluar un proceso. La palabra evaluar tampoco me gusta mucho. Acompañar, entender lo que está pasando.

Desde lo técnico te diría que todo. Tanto las cualidades de la materia sonora donde incluyo todo lo que enseña Eiriz en la facultad que tiene que ver también con las dimensiones de espacialidad, por ejemplo, no es lo mismo una masa sonora que se te acerca que la que se mantiene distante. Lo mismo tanto las cualidades de la materia sonora en un sentido amplio, desde la escucha reducida de Eiriz como las condiciones musicales tradicionales, los ritmos, la armonía, lo melódico. Yo no creo que allí podamos hacer a priori, una selección. Diferente es si vos trabajás en el plano

de la rehabilitación, suponete, con pacientes con lesiones motoras. Ahí elegís el ritmo, por ejemplo. O de repente te encontrás con la ininteligibilidad del habla entonces vas a tener que vértelas más con los aspectos sonoros lingüísticos de las letras de las canciones. No es mi caso ni creo que una concepción rehabilitadora, reeducativa, coincida con nuestro paradigma a partir de la noción de a-disciplina.

En un sentido amplio y más abierto y respondiendo a tu pregunta no creo que podamos establecer prioridades.

11- ¿De qué formas registrás la producción sonora de la sesión de musicoterapia? (Crónicas, relatos, gráficos) ¿Con qué finalidad?

Lo hago en la forma de crónicas.

La crónica para mí guarda una diferencia respecto a la crítica. Esto mismo lo dice María Gainza, una crítica de arte también citada en mi libro. No son evaluativas. La crónica es como una crónica de viaje. La cronista o el cronista lo que hace es relatar lo que le pasó. Entonces mis crónicas de clases o de sesiones son un poco contar el viaje con todo lo que esto significa subjetivamente en términos de las expectativas que me genera o los temores que me suscita.

En relación a las crónicas la finalidad es mi propio registro. La verdad es que no las hago siempre. Te mentiría si te digo que de cada sesión escribo. Algunas sesiones que me resultan particularmente significativas las escribo para que me quede un registro a mí por si en algún momento eso mismo que me suscitó da lugar a ideas nuevas o alguna reflexión que quiera compartir. Por eso me gusta tenerlo. O escribir un trabajo en algún momento, pero está muy vinculado a un futuro potencial. No porque necesite hacerlo, tengo muy presente lo que va pasando en las sesiones. No lo siento como una necesidad de mi clínica.

12.a- ¿Grabás o filmás las producciones de la clínica? ¿Con qué finalidad?

No suelo grabar las sesiones, pero es algo que aprecio como material de supervisión. Los colegas que trabajan de esta manera como por ejemplo Langan, la propia Giacobone supervisa todo lo que está grabado, tiene como una relación diferente con esos materiales, tal vez una capacidad diferente también de tramitarlos, de procesarlos.

En mi caso por supuesto que, si traés a supervisión material grabado lo escucho con muchísima atención, pero mi indagación nunca va a quedar en eso.

Yo no suelo grabar. Sí cuando me han tocado pacientes músicos que parte de lo que producen en sesión tiene que ver con sus propias composiciones, con que les gusta grabarse cantando, con que se quieren escuchar, con que hacemos una música más profesional por así decirlo. Entonces ahí sí porque me parece que potencia muchísimo justamente esta puesta en juego del deseo del paciente que sabe que viene a musicoterapia y sabe que vamos a cantar y a grabar y después te regalan un cd... pero es como otra situación bastante específica. No es que a priori yo decida que voy a grabar las producciones, sino que grabo para aquellas personas para quienes claramente esto genera alguna situación de suma en el vínculo con la música, con la musicoterapeuta, con el espacio clínico y con la propia persona música, la propia musicalidad.

12.b- ¿Qué aporta y qué se pierde en la escucha de una producción sonora grabada?

No se pierde nada, es sumamente rico y es hermoso además de escuchar, pero sobre todo y principalmente o también porque viene acompañado de un relato.

Cuando viene alguien a supervisión le pido que me describa al niño o a esa persona, qué le pasa cuando le ve, cómo se presenta, cómo se manifiesta subjetivamente esa persona en su registro sensible. También esa música que me va hacer escuchar, eso que sonó.

Siempre me acuerdo del Congreso Mundial presentado en la Facultad de Derecho. Una de las musicoterapeutas del Tobar presentó una grabación, varias grabaciones de un niño o niña que había ido pudiendo sonar más en sesión, manifestarse más, expresarse desde una cosa muda, parca... Vos le escuchabas la vocecita y era muy conmovedor. No hacía falta escuchar mucho más o que te cuenten nada porque claramente alcanzaba con oír lo sonoro mismo. Por otro lado, la musicoterapeuta ya nos había hablado de esa pacientita y había contado cuál había sido el proceso. A mi esa cuestión del análisis sonoro purista desde esa categoría del absoluto me puede llegar a resultar muy significativa desde lo sensible sin duda, desde la propia escucha música de la que hablábamos, pero para una supervisión necesito más data.

Lo mismo para la presentación de un caso en un congreso. Te puedo poner la grabación, pero te tengo que hablar de quién se trata, qué le pasa, cómo me acerqué a esa posibilidad. No me parece que se pierda nada, lejos de mí. Respeto y admiro muchísimo a la gente que se maneja con esa herramienta. Que no es la mía no significa que la desvalorice, muy por el contrario. Reitero, puede ser un material incluso que hasta hable por sí mismo como decimos del sonido, pero en tren de trabajo de supervisión, de trabajo de escritura, de trabajo de intercambio entre colegas como en un congreso necesitás más que la grabación.

Un poco por eso te decía de esa perspectiva benenzoniana que dice el musicoterapeuta no habla... Si tenemos palabra y podemos hablar y nos entendemos con claridad mediante lo que decimos, por favor no lo despreciamos, hablemos.

13- ¿Qué herramientas te resultan útiles para el análisis de las producciones sonoras?

Creo que te lo acabo de responder. Me parece que hay algo de la forma de lo sonoro que en sí misma manifiesta lo que sea que manifiesta: una limitación, un padecimiento, un crecimiento, una alternativa, un proceso.

En mi caso necesito además un decir y ese decir, para que yo pueda entender también de que se trata eso, tiene que estar vinculado al decir más sincero posible de la persona que lo transmite desde el punto de vista de su propia subjetividad puesta en juego. Qué cosa te encantó de eso que sonó, qué cosa te conmovió, qué cosa te dió bronca, qué cosa te frustró para entender en esa interrelación que está pasando. Ojo, la pregunta es acerca del análisis, no de la producción en sesión.

Yo soy un poco contraria a esta concepción de sujeto de tratamiento como un objeto de análisis. Esto no quiere decir no priorizar. Se trata de poner todo lo que esté a tu alcance como recurso personal, musical, lo que sea al servicio del alivio de aquello que percibís como sufrimiento, encerrona, limitación, pero en la contemplación como bien dice Langan, de ese prójimo que consulta porque padece. No podés sacar el cuerpo afuera. Para entender esos procesos yo necesito también de la parte que explicita, de alguna manera desde dónde mira, desde dónde escucha para comprender los procesos. También hablamos de un caso, hablamos de una patología, está muy bien la viñeta clínica... Tampoco la revolución banfiana. Claramente te presentan un caso en una supervisión, un caso clínico, lo seguiremos llamando así, pero a mí me parecen infinitamente más ricas esas exposiciones, ese compartir un espacio de reflexión en torno a un caso cuando viene acompañada de una crónica justamente en el sentido que la persona cronista te cuenta que fue pasando desde su registro sensible. Esto de ninguna manera excluye el pensar la reflexión teórica, la conceptualización, pero desde un cierto lugar que se hermana de manera más próxima -valga la palabra próxima, prójima - o no, con esa persona que casualmente en ese momento es tu paciente.

Hablo de la comprensión de los procesos porque nuestro mismo paradigma habla de las formas, claramente esto van a ser las formas de lo sonoro a lo que yo incluyo no puristamente a las formas de lo sonoro gestual, lo verbal, etc., también la forma del lenguaje sin lugar a ninguna duda. Por eso a mis estudiantes les hago escribir poéticamente, escribir con sinceridad, hacer producciones escritas que te arrimen a la experiencia. Entonces yo lo digo desde el lugar del

vínculo en el que tanto nos afianzamos. Como dice la tesis de Paterlini (Experiencia y vínculo. La transmisión del saber en Musicoterapia) si el vínculo va a ser el eje con el que insistimos a los alumnos, un vínculo de a uno solo no existe. Para poder comprender, para poder analizar si querés pero no desde el psicoanálisis sino desde un entendimiento, desde dar un parecer, desde un evaluar un proceso, desde el dispositivo de la supervisión, desde la interconsulta, de las clases y de la propia comprensión de lo que se hace me parece que es muy fundante la presencia explícita en esas producciones, sean las producciones escritas a las que aludimos o teóricas, de quien está hablando. No quiere decir que entonces no se pueda objetivar, pero cuánto se puede objetivar. ¿La musicoterapia es una ciencia dura? ¿Podemos hablar objetivamente de lo que pasa en una sesión? Me parece un invento, me parece una falacia. Sinceramente lo creo así. Si alguien dice: Objetivamente lo que ocurrió es esto... yo digo ¿cómo?

Por eso hice mi tesis de la transmisión poética porque la transmisión poética de alguna manera es la que más se arrima siendo como es una expresión artística. Esto de la palabra no lo tomo de significante a significante como dice Lacan y demás, no por descalificar sino porque claramente hay una diferencia desde esta posición donde definiendo la palabra o el relato, la forma del relato, su estética. Cuando una persona supervisa ¿Cuánto se entusiasma? ¿Cuándo le veo cara de miedo? ¿Cuándo me abre los ojos así de grandes? ¿Cuándo la veo nerviosa por lo que me está contando? No tiene que ver tampoco con el relato lingüístico, sino que hay otros elementos y no lo puramente sonido grabado que acompañan la transmisión de un acto clínico, de una viñeta de lo que fuere, de un informe o de lo que yo misma como cronista puedo recabar.

14- ¿Quisieras compartir alguna idea, pensamiento, reflexión, asociación, experiencia en relación a la escucha de la producción sonora en la clínica?

¡Creo que ya está!

ENTREVISTA A ANDREA MARIANA BARRETO

-Fecha de la entrevista: 22/08/21

-Institución en la que se formó como Musicoterapeuta (año de graduación)

Universidad del Salvador. 1989.

-Formación en otras áreas vinculadas al sonido y la música.

Se recibió de Profesora superior de Piano, Teoría y Solfeo en el Conservatorio de Música de Buenos Aires (Conservatorio Williams).

Continuó sus estudios de instrumento y Audio-perceptiva de forma particular. Ejerció como profesora en estas dos áreas musicales.

Estudió Guitarra folklórica y Armonía en el mismo conservatorio.

Realizó un entrenamiento intensivo en las áreas de Rítmica y Audio-perceptiva con el objetivo de ingresar a la carrera de Musicoterapia y durante su transcurso.

Recibió formación vocal básica (clases de canto) vinculada a tratamiento fonoaudiológico.

Tuvo participación en proyectos socioculturales artísticos como tecladista, percusionista y vocalista: coros, grupos de rock, murga, agrupaciones de activismo feminista, etc.

-Otras actividades relacionadas con la Musicoterapia.

Desde el inicio de su carrera ejerció la docencia universitaria. En los primeros años de graduada, desempeño los cargos de Coordinadora de prácticas y Docente auxiliar en la Universidad del Salvador.

Obtuvo los cargos de *Docente adjunta* en la Lic. de Musicoterapia en UAI en las siguientes asignaturas: Musicoterapia I; Musicoterapia II; Musicoterapia en deficientes mentales; Musicoterapia en adultos mayores; Ética y Deontología, y Ética y DDHH.

Es post- graduada como *psicomotricista* en la Escuela de formación en Clínica Psicomotriz de Esteban Levín.

Cumplimentó, desde dicha disciplina, una Concurrencia de 4 años en el Hospital Dr. Zubizarreta dependiente del Comité de Investigación y docencia.

Co-fundó y dirigió el centro de Arte *Escalastros* (Centro para la investigación de los discursos expresivos y las creaciones artísticas) destinado a personas con diversidad intelectual (2001-2010). El objetivo del espacio era artístico con una impronta político-social.

Le interesa especialmente la escritura e investigación en Musicoterapia, a las que se dedica desde el año 1997, en particular en torno a los problemas epistemológicos y ético-sociales disciplinares. Ha presentado sus escritos en diferentes publicaciones y ponencias; ha participado en forma activa en numerosas jornadas y congresos nacionales e internacionales de Musicoterapia.

Se ha desempeñado como Tutora y directora de tesinas, tesis y TFI desde el año 2004 (UBA y UAI). En la actualidad forma parte de un equipo que realiza orientación y corrección de tesis, tesinas y TFI para estudiantes tanto de Musicoterapia como de disciplinas afines.

Durante los años 2012 - 2016 tuvo una activa participación en el movimiento asambleario de musicoterapeutas argentinos que gestionó las políticas necesarias para la sanción de la Ley Nacional de ejercicio profesional, la regularización de los títulos de grado, la incorporación al RNP, etc.

Estudia Filosofía en la UBA.

-Área musicoterapéutica en la que se especializa.

Ética y Epistemología en Musicoterapia.

Cuestionario:

1- ¿Cuál es tu orientación o desde qué posición teórica llevás a cabo el ejercicio de la Musicoterapia?

Hago como el racconto. Yo al comienzo tuve una formación muy fuerte en estudios psicoanalíticos; era la época. Estaba muy instalada esa perspectiva teórica aquí en Argentina. Había como dos grandes posiciones o paradigmas en esa época, que eran la línea más neuro y la línea psicoanalítica. No había todavía esta línea tan presente ahora de la musicoterapia social. No existía en esa época, estamos hablando del año 1989. Entonces, en verdad, estaban estas dos posiciones.

Como recién egresada empecé a tantear y, rápidamente, me pareció más interesante la línea psicoanalítica, que era la línea que alojaba al sujeto de una manera un poquito menos reduccionista en sus planteos; habíamos tenido profesores que tenían esta línea (recuerdo a Claudia Vigil, por ejemplo).

Los primeros años trabajé formándome en esta perspectiva, y por eso luego, hice la formación como psicomotricista clínica psicoanalítica en la escuela de Esteban Levin.

Luego, en el transcurrir del trabajo desde una lectura psicoanalítica, entendí que muchos de los fenómenos, situaciones y procesos que acontecían no podían ser leídos porque había como un desfasaje. Entonces rápidamente me dí cuenta que algo del reduccionismo también estaba operando. A mí siempre me preocupó esto.

Es decir, vos querés leer con el tamiz del psicoanálisis cuestiones del trabajo cotidiano en musicoterapia y algunas cosas que son maravillosas y tienen que ver con los procesos de mejoría de las personas en relación a la subjetividad y a la salud, no las podés leer. Lo que tenés como red para interpretar no está pudiendo dar cuenta, hay algo que no está sirviendo.

Entonces empecé a acercarme a lo que es la teoría postestructuralista, el psicoanálisis es un tipo de estructuralismo. De alguna manera fui entendiendo y me fui formando en esta línea postestructuralista en donde se da más posibilidad a la lectura de la complejidad. Ya no solo había un tamiz para hacer una lectura a priori de determinada situación sino también había un sujeto con más agenciamiento, con más posibilidades de tomar decisiones (no importa si una persona mayor, un niño o una persona con discapacidad).

Estas teorías me daban más herramientas para entender.

Esto implicó meterse en teoría ético-política y empezar a comprender todos los factores que se ponen en juego cuando uno trabaja en musicoterapia, sobre todo, en las cuestiones culturales y sociales. Igual en mis escritos se puede ver que desde siempre ésta fue mi preocupación.

Pero este proceso fue decantando. Hubo un momento que yo tenía una clara filiación a una perspectiva psicoanalítica y terminó progresando hacia una postura postestructuralista que es la que tengo en este momento. A través de la obra de Foucault particularmente, toda la línea de trabajo de Judith Butler, de Laclau, de diferentes postmarxistas, toda la línea de los psicoanalistas postestructuralistas como Derrida.

Hay una riqueza muy grande en el estructuralismo. Los autores postestructuralistas (como por ejemplo Derrida) postulan que no se trata de descartar la noción de estructura; no hay que perder esa riqueza. De hecho, yo retrabajo muchos conceptos del psicoanálisis; me sirve. Me gusta mucho eso: conservar y deconstruir las líneas de pensamiento. Por ejemplo, tomar las formulaciones postmarxistas: la estructura de la sociedad, el lenguaje, ¿nos determina? No, no nos determina del todo. Entonces... ¿no nos determina nada? No, nos determina ¡y cómo! Es muy interesante para repensar los límites en nuestra práctica en musicoterapia; tomemos como ejemplo qué nos permite pensar el concepto de *hegemonía* de Gramsci.

Toda esta línea obliga a “quemarse un poco las pestañas”, pero es una manera de hacer una lectura mucho menos reduccionista porque uno puede empezar a hacer lecturas por capas. Es una perspectiva teórica que propone involucrarse en esa interpretación de una manera mucho más compleja. Eso es lo que posibilita para mí la teoría postestructuralista social.

2- De acuerdo con tu experiencia ¿Cómo describirías la escucha en la clínica musicoterapéutica?

Cuando escucho la reiterada mención que, en la actualidad, se hace del concepto *escucha musicoterapéutica*, a mí me remite a años pasados... años de haberme formado con psicoanalistas, de haber leído a muchos psicoanalistas. La genealogía que se me arma, cuando escucho que se habla tanto de este término, está anudada al conocimiento y a la técnica que manejan los psicoanalistas desde siempre. Es decir, que, en ese sentido, yo lo tomo en esa línea genealógica. No se me arma en otros sentidos porque yo no tengo formación allí, a mí se me arma para este lado. Por supuesto que mucha gente que habla de escucha musicoterapéutica puede estar hablando de otra cosa, pero me permito la pregunta, considerando que la formación de los musicoterapeutas argentinos de hace 30 años atrás fue específicamente en esta línea. Toda la formación estaba teñida de esta perspectiva de época. Empezaba la democracia y el psicoanálisis podía volver a instalarse de forma abierta en las prácticas terapéuticas. Con toda esta implicancia, no es que yo solo diga es una línea que elegí. Había un clima de época en donde el psicoanálisis atravesaba todo. El concepto de *escucha psicoanalítica* atravesaba todo. En ese sentido me parece que, en ese concepto, lo tenga claro o no lo tenga claro el o la musicoterapeuta, lo tenga trabajado o no lo tenga trabajado, se cuele algo de esa matriz psicoanalítica.

Digo, no estamos todos ahora hablando del *insight* de la Gestalt, que también se hablaba en su momento; o no estamos todos hablando de la *distancia óptima* (a mí me encanta ese concepto de Pichón-Rivière). ¡No!, estamos todos hablando de *la escucha*.

Me parece que algo de esa raíz psicoanalítica permanece, tenga que ver, como en mi caso, con la formación, o con una cuestión de presencia o sedimento de algo de esta categoría que se fue transformando desde un plano muy psicoanalítico clínico y se lo fue reapropiando.

Es decir, por un lado, se podría describir un proceso histórico disciplinar, una musicoterapia que se empezó a distanciar y a separar de la lectura de marcos teóricos disímiles y fue creando una propia epistemología (proceso del que fui testigo) pero, por el otro, queda ese sedimento categorial.

¿Qué hago yo frente a esto? Serviría reiterar lo que te comenté en la primera respuesta acerca de mi propio recorrido; ese tránsito entre el estructuralismo psicoanalítico y el

posestructuralismo. Es decir, lo que yo hago es deconstruir mucho esta categoría (escucha) que es muy importante. Profundizo un poco más el tema: no es que yo decido pasarme del estructuralismo al posestructuralismo porque es más lindo. El trabajo cotidiano en musicoterapia cuando tiene esta raigambre psicoanalítica está vinculado con *la interpretación*. La escucha, entonces, está ligada a un marco previo que tiene que ver en este caso con el psicoanálisis, entonces todas las categorías, que vos tenés de ese marco, están todo el tiempo “haciendo lectura” sobre eso que estás viendo y escuchando; en verdad están reduciendo.

Con el tiempo y la experiencia, no es que lo descarté, pero empecé a entender que muchas veces lo que sucedía ligado a la salud no estaba vinculado a la narrativa que yo tenía construida sobre aquello que escuché, sino a la narrativa de le paciente o del grupo. Lo que mayoritariamente pasaba era que lo bueno aparecía como sorpresa. Si lo bueno (con lo bueno me refiero a lo sano, a lo saludable, a lo que se abre como salud) aparecía como sorpresa, eso quiere decir que hay niveles que no se pueden escuchar. No se pueden escuchar no porque yo no tenga capacidad de escuchar o no pueda escuchar, sino porque son niveles que no me pertenecían en cuanto a mi lectura, a mi narrativa y al recorte que yo hacía.

Hay muchos planos. Lo que te enseña el posestructuralismo es que como terapeuta venís constituido por unas prácticas, unas representaciones, unos órdenes del discurso que te permiten percibir de determinada manera: tu cultura, tu educación, etc. Vos lo podés recontra trabajar, pero vas a tener siempre un límite y escucharás desde un recorte. A la vez, es necesario que vos hagas ese recorte, es decir, sabés que eso es una narrativa. Es un tema de planos, el posestructuralismo te permite trabajar con planos. Entonces la narrativa de le paciente empieza a tener una relevancia mucho más importante: ¿Qué escucha él (o ella) de lo que él (o ella) produce?

Por otro lado, también se pone en juego lo que escuchan les compañeros, si se trata de un grupo; entonces fijate como se suma: lo que esa persona escucha, lo que vos escuchás como terapeuta, el lugar del supuesto saber (psicoanalítico) que sería en este caso el lugar del supuesto escuchar, etc.

No es que haya una escucha más importante que la otra, ¿por qué la escucha del o la musicoterapeuta tendría que ser más importante que la de un compañere del grupo, por ejemplo, que le conoce mejor, que convive con él, que armó un vínculo? Son diferentes. Los elementos de mi escucha seguramente tienen también a favor un montón de cosas, pero fijate como se complejiza.

Otro ejemplo, fijate la complejidad: ¿Se puede hablar solo de escucha o siempre la escucha está ligada a otras instancias?

Aparte, desde esta, mi posición, he pensado en otro riesgo fundamental, que es, sobrevalorar la escucha de le musicoterapeuta. Pero, repito, no digo que no sea muy importante la escucha de le musicoterapeuta, en especial en la primera etapa, en donde hay una necesidad de evaluar la situación en la que se tiene que mínimamente comprender qué demanda de trabajo se instala con esa persona. (Viste que a veces la demanda puede ser otra diferente a la escuchada en un primer momento).

Creo que hay una divisoria de aguas en musicoterapia muy grande (y no solo aquí en Argentina, en todos lados); aquella que pondera distintivamente qué es más importante: la *experiencia* de le paciente o *la escucha* de le musicoterapeuta, que interpreta y le devuelve a su paciente algo en relación con esa experiencia.

Yo con el tiempo fui modificando mi posición: fui de la preocupación acerca de lo que tenía que escuchar (si escuchaba el significado, la forma, el contenido, etc.) a la complejidad. Empezás a agregar elementos.

Es entonces, la escucha de le musicoterapeuta, con toda su limitación, sumada a la narrativa construida a posteriori (las notas tomadas sobre lo que sucede en sesión), pero fundamentalmente, y todo el tiempo, en comunicación necesaria con lo que escucha y la narrativa que va armando la persona o el grupo.

Lo más importante es que si alguna situación de cambio y de alivio operó en el trabajo que hacemos, te puedo asegurar que el 80% (te tiro un porcentaje, pero no es real; es una manera de decir) un altísimo porcentaje está vinculado a la experiencia, a lo que experimentó esa persona.

Entonces, yo me considero más afín a la línea - si se pudiera hacer una divisoria de aguas - de les musicoterapeutas que piensan que tiene mucho más peso para un proceso de cambio la experiencia musicoterapéutica que la escucha musicoterapéutica; y no porque esta última no sea necesaria, por supuesto que es imprescindible.

3- ¿Qué niveles o formas de escucha de la producción sonora identificás en tu tarea como musicoterapeuta?

Esta pregunta se relaciona con las anteriores y hay que agregarle el elemento de *lo singular*.

Yo no descreo de que haya niveles y jerarquías, y me sirve para especificar y complejizar, en este sentido, lo que estábamos hablando en la pregunta anterior sobre las diferentes escuchas que operan en la práctica musicoterapéutica; la palabra (jerarquía) no me asusta. Me parece que es ético que haya niveles o jerarquías porque tenemos un rol profesional que desempeñamos y cuando trabajamos tenemos una responsabilidad. Mi escucha no puede estar al mismo nivel que la de un

compañero en relación con estas cuestiones ligadas con la responsabilidad, por ejemplo. Por eso conviene distinguir el concepto de *planos* del de *niveles o jerarquías*. En este caso, por ejemplo, estamos hablando del *plano de la ética musicoterapéutica en la escucha*, y reconocemos las diferentes jerarquías o niveles que implica la *responsabilidad asimétrica* de nuestro rol.

Si consideramos el plano de la ética, tiene que haber una jerarquía, me tengo que hacer cargo de que hay una jerarquía. Por ejemplo, yo no puedo responsabilizar a un compañere del grupo cuando realiza una interpretación fallida a partir de su escucha, como si fuese yo que estuviese haciendo una lectura. En ese sentido cuando se trabaja con un grupo estas cuestiones son muy importantes. Yo creo que es importante la responsabilidad de le musicoterapeuta en el trabajo terapéutico. (Yo no estoy de acuerdo con que entre terapeuta y paciente haya solo interacciones, y no intervenciones.)

Sin embargo, volviendo a la pregunta, se puede profundizar un poco más este problema complejo con el mismo ejemplo del plano de la ética profesional; en este plano vas a encontrar *jerarquías de las escuchas en otro sentido*: ¿Qué es más jerárquica mi escucha o la escucha de esa persona en relación con su propia producción? Ahí hay una complejidad importante. Por eso te repito, yo tengo una responsabilidad en un grupo, mi escucha tiene que ser mucho más importante en este sentido jerárquico porque me tengo que hacer responsable éticamente, por eso y no por otra cosa. Puede tener muchos mejores efectos una intervención de la escucha de la producción de un compañere y puede ser muy saludable. *Ese es otro sub plano; en ese sub plano no estoy considerando la jerarquía que considero a nivel ético de la responsabilidad*. Vinculada a la responsabilidad ética es otra cosa. Pero, aunque suene paradójico y demasiado complejo, éticamente, la escucha más importante (jerárquicamente superior) es la que le paciente realiza y narra sobre su propia producción, más que la mía.

Vamos al grupo. Yo hago toda una interpretación a partir de una producción o de una música que se escuchó, hago relatos e historias y hago toda una conclusión y de golpe salta la persona que hizo esa producción y dice: “no, no, no, pero yo lo hice por esto...”

Entonces, mi escucha ... ¡que desaparezca! A mí no me importa nada; no importa si me basé en lo que leí en un libro, en lo que interpreté, en lo que escuché, en lo que leí en la historia clínica, etc.

Fijate vos que hay diferentes tipos de jerarquías, según el plano o sub plano que se considere, en esta complejidad de lo que se escucha. La escucha del paciente es la más importante porque refrenda todo el tiempo. Es más, no es posible que no sea así porque el que sabe es el otre, no yo.

De hecho, por ejemplo, cuando algo importante sucede (se escucha) en la sesión y al día siguiente una va y quiere volver armar, como con plasticola, eso que escuchó, el otro (paciente) te mira y se mata de risa. Ahora si vos respetuosamente devolvés algo que escuchaste como pregunta, le das la posibilidad a le paciente de decirte: “¡Ah! escuchaste bien”. (No te lo va a decir así; es una manera de decir).

Ese es un nivel de escucha de sentido, de aquello que toma sentido en un discurso, de aquello que de la narrativa alivia al otro, abre significado para el otro.

Pero para contestar en forma más completa tu pregunta, también habría que considerar otros tipos de niveles, mejor dicho, *hay otros planos* que son interesantes a considerar para pensar las jerarquías en las escuchas.

Por ejemplo, en el trabajo con personas mayores, se presenta en la escucha el *plano material y perceptivo de las intensidades sonoras* (sonoridades fuertes o suaves). También ocurre algo similar, en relación con esto, en el trabajo con personas en situación de mínimo estado de conciencia. (Trabajé algunos años con niños en esta situación y en estos casos el nivel de intensidad sonora escuchable que permite el trabajo es pianísimo. Más allá del pianísimo, es ruido.)

Entonces está todo el plano de la escucha del significado, del sentido, de lo discursivo, de lo emocional pero lo previo, lo primero, es la cuestión ligada a lo expresivo-material-perceptual. Lo expresivo es materialidad, es sonoridad.

Si tenés un grupo de 20 personas se van a escuchar las más ruidosas, no se van a escuchar las de sonidos más pianísimo. Depende de vos darle lugar a las que suenan pianísimo, sino nadie las va a escuchar, por ejemplo.

Lo digo otra vez, si estás en el uno a uno, en una situación donde vos querés que te escuchen y tenés una persona con estado mínimo de conciencia, tenés que encontrar ese hilito de sonoridad que no puede estar ni más arriba, ni más abajo para que esa otra persona pueda escuchar y algo del otro plano pueda funcionar.

También en este punto es importante agregar, me parece, que no hay que caer en las interpretaciones entre estos dos planos. Se tiene que ser muy respetuoso de no confundir los planos. El significado, el sentido de algunas cuestiones no están emparentadas con las tonalidades, con las sonoridades. Esa es una lectura muy reduccionista. Yo nunca haría esas lecturas. Haría una interrogación. Nunca confundiría esos planos. Nunca haría una interpretación de un plano de una materialidad, una lectura de esto es fuerte, significa esto; tocó bajito, significa esto otro. ¡Nada que ver!, porque esas sonoridades, en el caso de las personas con problemas vinculados con trastornos neurológicos o problemas sensoriales, etc. - no hace falta ni que lo aclare - tiene que ver con las limitaciones biológicas, eso es aparte.

En la escucha del trabajo con personas mayores, como dije al comienzo, también aparece mucho la necesidad de considerar este plano de la materialidad sonora (intensidad). Además, en este caso, está en relación con toda una *historia de vida* que nada tiene que ver con una interpretación que yo pueda hacer del fuerte-suave. Me acuerdo de una paciente. Vos la veías a ella, una señora muy mayor, con silla de rueda. Tenía una actitud corporal muy frágil, era chiquitita. Hablaba suave, “recontra suave”, te tenías que acercar. (Yo no sé cómo hablaba cuando era más joven, no tengo la posibilidad de saberlo así que no voy a interpretar absolutamente nada salvo que ella me cuente algo desde su narrativa). Me pidió una pandereta y cuando empieza a tocar era impresionante, parecía otra persona. Era una cosa increíble. Todo el grupo, recuerdo, se dio vuelta impactado.

No vale la pena ponerse a interpretar porque ahí tenés historia de vida, límite biológico, etc. Más vale respetemos los planos, veamos la complejidad, escuchemos la narrativa de ella porque ella, te va a contar. Ahí vas a entender porque toca la pandereta - que parece que tiene los bíceps de “no sé quién”.

Es así de compleja la escucha musicoterapéutica. Nunca haría interpretaciones del orden de *lo universal*. Sí, en cambio, tomaría cuestiones culturales, alguna cuestión biológica tal vez, pero siempre va a estar articulado por *la historia singular* de esa persona.

4- ¿Cuál es el objetivo de la escucha en la clínica musicoterapéutica?

Partimos de lo que dijimos en las respuestas anteriores.

De todas maneras, podemos acotar a lo que vos puntualmente me estás preguntando: la escucha de le musicoterapeuta, más allá de que consideramos esta otra complejidad. No funciona la escucha musicoterapéutica sola, es imposible. Si fuera así, es horrible porque no tiene en cuenta la escucha del paciente y, en el caso de los grupos, los demás integrantes.

Partiendo de eso y haciendo un recorte del musicoterapeuta, de la musicoterapeuta, de le musicoterapeuta, me parece que la escucha es muy importante en la etapa de evaluación, valoración o como quieras llamar a esa primera etapa de trabajo en la clínica, del trabajo terapéutico en general. En ese momento hay que empezar a registrar, abrir la posibilidad del “mostrarse o dar a ver” de esa persona con la que estás trabajando; una complejidad va a ser revelada (hasta allí, obviamente, porque la sintomatología está presente y produce una determinada dificultad para “dar a ver” o “dar a escuchar”).

En el comienzo ese sujeto de supuesto saber (del que tanto habla el psicoanálisis) de le musicoterapeuta, me parece, que está más presente y que justamente la riqueza y el trabajo en sí

mismo es todo ese camino en donde una le da a ese otro, a esos otros o esas otras, la posibilidad de escucharse a sí mismos, y en un grupo, entre sí.

Si logramos que una persona comience a registrarse, escucharse, comprenderse o en un grupo, logramos que las personas se escuchen entre sí, hemos alcanzado el objetivo.

Me parece que es como un caminito por el que hay que ir. Una parte se comparte; pero hay otra parte que empieza a tener un movimiento inverso a esa primera etapa, en donde una evalúa o donde una valora, a través de lo que escuchó, de lo que percibió, de lo que registró del otro o de la otra.

En el momento en que esa persona empieza a registrarse a sí misma, empieza a reconocerse, empieza a comprenderse, la narrativa valedera es la de esa persona, no la que tenemos nosotros. Igual yo creo que la presencia de la terapeuta es fundamental, pero me parece que se trata de eso. Yo lo veo así; el objetivo sería que esa jerarquía de la presencia de la escucha de la musicoterapeuta empiece como a equipararse y de lugar a la escucha de sí mismo de cada uno y la escucha en interacción del grupo.

Pero, volviendo a la complejidad, fijate que lo que sucede, pasa en los dos planos juntos todo el tiempo. Lo separo por una cuestión de análisis, porque sé que a vos te interesa la materialidad, pero pensá que eso se da articulado.

Si de golpe te das cuenta de que en un grupo se empiezan a escuchar seguramente sonoramente, se va a registrar eso. No solo el sentido, el sentido se va a escuchar en lo sonoro. O sea, que es en los dos planos; que el poder escucharse, es poder escucharse a nivel material también.

Siempre considerando las limitaciones e inexistencias. Tenemos que ser cuidadosos; los procesos subjetivos siempre se los considera desde lo posible. El otro o la otra no tienen que poder escucharse a sí mismos, ni nosotros mismos podemos escucharnos por completo, ni conocernos por completo, ni reconocernos por completo. ¡No hay que ser exigente con los pacientes tampoco! Pero eso sucede... sucede espontáneamente cuando escuchamos y trabajamos con músicas y con lo expresivo-estético. De eso y con eso trabajamos.

5- ¿De qué maneras trabajás, entrenás, ejercitás o preparás la escucha en función de tu tarea como musicoterapeuta?

Es un debate interesante y hay posturas opuestas entre los musicoterapeutas que opinan, por ejemplo, que no puede ser musicoterapeuta una persona disminuida sensorialmente; o podríamos decir al revés, una persona que no haya tenido ninguna experiencia en terapia o que no se haya formado en alguna línea que le permita conocerse o reconocerse, etc.

Si me remito a mi experiencia, para no pensarlo de forma tan teórica, me parece que hice un trabajo de entrenamiento de mi escucha terapéutica y no tanto vinculado a alguna cuestión musical, sensitiva, sensorial, por ejemplo.

Me recibí y me puse a estudiar Psicomotricidad con Esteban Levin, Musicoterapia psicoanalítica con Ángela Rodríguez Lamas y con Claudia Vigil.

Siempre mi inquietud se centró en qué leo, qué no leo, qué escucho, qué no escucho. Siempre enfocada en esta cuestión de lo ético, de cómo escucho lo que tengo que escuchar. No es que me entrené tanto en manejar un radiograbador para escuchar y tener mejor sonido.

Evidentemente en mi formación siempre fue más importante la escucha vinculada al sentido y no trabajé tanto la formación de la escucha del sonido como tal; si bien ya te conté que tengo experiencia de haber ejercido como profe de audio-perceptiva. Ni las formaciones que fui teniendo, ni la clínica, ni el trabajo me influyeron, por ejemplo, a elegir aprender a manejar equipos de sonidos. Sí, en los primeros años de musicoterapeuta, de repente decía: ¡Ay! Tengo que saber tocar esta canción, pero me parece que venía por otro lado, por algún tipo de exigencia mía, personal, de suponer que tenía que siempre “saber música”. Me parece que eso es otra cosa.

Quizás por una cuestión de la experticia del área en que yo me desempeñé, no lo necesité. Eso no te lo sé decir, pero evidentemente en estos 30 años me formé mucho más en el desarrollo de la escucha terapéutica en relación con el sentido. No me formé tanto en cuestiones inherentes a la escucha de la materialidad.

En cuanto a lo específico, al día a día, lo más importante y lo más difícil es “dejar la mochila afuera” de la casa a la que entrás - digo así porque yo hago trabajo domiciliario - puede ser la casa, la institución o lo que sea. No es que lo hago siempre o que siempre es posible. Todo el tiempo, cuando estás trabajando te vienen a la cabeza cosas tuyas de tus sonoridades. Cuando escuchás una canción, por ejemplo, te vas acordando de una cosa, te vas acordando de otra. Yo me imagino que muchos musicoterapeutas no opinan así y dirán que está mal. Yo creo que se trabaja con eso a partir del manejo de esas cuestiones. No creo en la cosa neutral y ascética de la escucha. No le creo a la persona que te diga que hay que ponerse en cero, que es importante la neutralidad. No, es otra cosa. Yo dejo la mochila de los problemas personales afuera. En el momento estoy allí, y cuando aparece lo sonoro, depende cómo lo trabaje, sea de la producción de le paciente o de una escucha en común, lo propio, lo que yo llamo el *ethos expresivo estético* de le musicoterapeuta está allí, una está allí con eso (¿Te acordás que este concepto lo trabajamos en clase, en la facultad?). Se trata de manejar con distancia que eso esté allí, que no moleste; una lo tira como “un poquito para atrás”, y escucha.

No es entrenamiento, eso no se prepara. Es una posición ética. Se trabaja pensando, sabiendo que se está allí con todo el bagaje propio; que hay que intentar dejar afuera lo más que se pueda, y que todo el tiempo una opera con algunos engramas que tienen que ver con esto, sin el contenido, vamos a decir; es complejo. Yo soy una musicoterapeuta que trabaja sin ningún “modelo”. Si vos tenés el modelo, vos no tenés problema con lo que te invade; es más fácil porque vos tenés técnicas y procedimientos y sabés a qué tenés que atender y lo que tenés que escuchar; ya está establecido a priori. Entonces vos atas cabos. Si tenés algo tuyo que te suena, no te importa porque vos tenés que atar este cabo verde con este cabo verde. Entonces lo que aparece propio es como que molesta menos, no influye. Los que no trabajamos desde un modelo, trabajamos al revés. A veces es un poco más complejo. Es inevitable y a la vez interesante trabajar esos corrimientos, esos planos para operar desde lo propio, desde el modo propio, desde el ethos expresivo propio sin el contenido emocional, eso sí hay que dejarlo afuera.

- 6- Al tocar música o al intervenir sonoramente en una producción en la clínica: ¿La escucha cambia en relación con esos momentos en los que no producís sonido? ¿Qué características presenta la escucha en estas condiciones? ¿En qué aspectos se centra?

Una como terapeuta, como musicoterapeuta, en algunas instancias, puede estar produciendo mientras le paciente te escucha. Puede pasar que estés produciendo en forma conjunta con el otro o la otra, y entonces nos estamos escuchando a la vez. Es una cosa más de ida y vuelta, de escucha y de producción conjunta y viceversa.

Otra cosa es que vos estés solo escuchando una producción de tu paciente en un momento dado y no estás interviniendo. El tema es que no se puede hacer algunos recortes porque todo es en un proceso. Puede ser pertinente esa estrategia, puede no serlo, puede ser que una cometa errores. Puede ser que una debería estar interviniendo y no interviene. (No termino de entender la pregunta).

Depende de la estrategia o con el tipo de trabajo que estás haciendo con cada paciente (con las características de ese caso; con las características del ethos expresivo de esa persona; de su expectativa de trabajo) que vos intervengas o no.

Dejar de escuchar no dejás nunca de escuchar, si es esto lo que vos preguntás.

Si estás produciendo vos sola y dejás al paciente escuchándote, es por algo estratégico que lo hiciste. En ese sentido es complejo. No es tampoco tan frecuente, pero digamos, puede pasar.

Si, por ejemplo, en un momento comparto algo de lo sonoro-vocal con determinada paciente porque le estaba mostrando algo en relación con la respiración en el canto, yo estoy produciendo frente a esa persona, pero la sigo registrando. Se supone que la estoy mirando, la estoy viendo

cómo reacciona, estoy tomando nota de cómo registra lo que yo estoy produciendo, pero no es que la estoy escuchando del mismo modo que cuando no estoy produciendo.

Si hay una sonoridad compartida es otra cosa.

Es esta complejidad que hablamos al principio. La escucha cambia seguro, es una cuestión dinámica.

Tenemos que situarlo en un proceso, en la estrategia de le musicoterapeuta, en la necesidad de la persona en cuanto a la demanda del tratamiento, lo que está pasando, la situación puntual. Por ejemplo, no es lo mismo que yo me ponga a cantar frente a una persona que viene con toda una instancia de no poder cantar, por ejemplo, por cuestiones relacionadas con la timidez, que frente a una persona que canta ópera.

En cuanto al nivel de escucha, es lógico que va a cambiar cuando “estoy sonando” o si solamente estoy escuchando, pero me parece que es más dinámico. Me parece que se podría imaginar como unas olas: por momentos mi escucha va a estar más arriba, por momentos va a estar más abajo. Sin embargo, hay otros niveles, otros planos que están todo el tiempo.

Cuando uno se pone a producir algo, tiene un sentido en relación con algo que escuchó previamente. Por eso se puso a producir. Me parece que es algo más móvil.

Me resulta difícil contestar esta pregunta. A ver si te entiendo. Como hay que considerar planos en la escucha, en un plano de cierta materialidad, de cierta cuestión vinculada a lo más empírico, si estás produciendo, no estás escuchando porque estás produciendo. Pero no es que la dejás de registrar a esa persona porque la estás mirando, estás viendo cómo reacciona. Si emite algún sonido la vas a escuchar, la vas a ver, vas a estar con una *escucha latente*. Se supone que vos estás produciendo para que te escuche y si te escucha lo vas a registrar de alguna manera visual o auditiva y vas a poder reconocer que te está escuchando y que se está armando alguna otra cosa. No puede no ser dinámico. Lo que sí, tiene que haber una escucha latente siempre porque el espacio terapéutico es para el otro o la otra, no para una. Siempre tiene que haber esa escucha latente por más que estés produciendo y siempre estás produciendo para el otro o la otra.

7- De acuerdo con tu criterio ¿Cuál es la música o la producción sonora relevante para el musicoterapeuta? ¿Cómo la describirías?

La música importante es la que toman los pacientes, no los musicoterapeutas. Así de sencillo. La música relevante del espacio musicoterapéutico es la música de le paciente: la que te pide escuchar, la que produce, la que inconscientemente aparece, la que conscientemente trae, la

que te pide no escuchar. Siempre se trata de la música del otro o de la otra, de la persona con la que estás trabajando.

Tu música, la música propia, sea con una propuesta que a veces una lleva, sea con una improvisación, siempre es un recurso que una le da al otro o a la otra para trabajar.

En eso soy bastante radical. Me parece que hay que ser muy cuidadosos con esto de lo subjetivo. No pasa por decir que una música es linda o que no lo es. Pasa por cuidar todo el tiempo que la música que está presente no sea la propia del o la profesional musicoterapeuta. A veces es inevitable, puede pasar y no está mal. No estoy censurando, nos pasa a todos. Una lo tiene que registrar y tratar de que no suceda. En este sentido creo que habrá líneas de musicoterapia que no estarán de acuerdo con esto que estoy diciendo.

Para mí es muy importante que la música o lo sonoro que aparece en el espacio de musicoterapia, por más que sea con una propuesta que yo llevo o que sea a partir de algo improvisado, tiene que ser relevante y vinculado a la historia, por la cual estamos allí trabajando, personal y expresiva de esa persona.

8- Según tu experiencia ¿Qué relevancia tiene lo sonoro dentro de la producción discursiva en la clínica? ¿Por qué?

Mi posición en este sentido es bastante intermedia, con esto no soy tan radical. Aunque claro, sería una banalidad muy grande decir, solamente, que todo lo que está presente es importante (los gestos, las palabras, etc.); eso ya lo sabemos.

Me parece que lo que es importante en este punto es considerar como opera otra divisoria de aguas: Realmente lo fundamental es tener claro si uno piensa que trabaja en musicoterapia con lo expresivo, lo expresivo sonoro de la otra persona, o si uno cree que trabaja con lo sonoro, con la música.

En el trabajo en musicoterapia, para mí, es relevante todo: cómo la persona se expresa verbalmente; si canta, cómo canta; si toca instrumentos, cómo toca instrumentos; si se mueve; lo que dice y lo que no dice. Todo es relevante porque trabajamos con lo expresivo del otro. En ese sentido, lo sonoro expresivo no es sin la proxemia o sin todo lo que tiene que ver con lo expresivo en general.

Por ejemplo, si un niño me trae un dibujo o una mujer adulta me trae una pelota, porque quiere trabajar con una esfera, bienvenido sea, porque lo importante y lo relevante es lo expresivo de esa persona. Entonces, si es necesario, como estrategia, es probable que yo acuda a distintos

recursos ligados a lo expresivo en general porque ello está vinculado a su *historia expresiva* (o también por otras razones estratégicas). Pero claro, es evidente que una trabaja con lo sonoro expresivo porque es musicoterapeuta. Por eso digo que no soy tan radical en ese sentido. Tampoco le diría a una terapeuta ocupacional: ¡No!, no cantes. No, no le diría eso. Yo he trabajado miles de veces con pelotas, he trabajado miles de veces con dibujos. Lo que quiero decir es que ahí es importante definir si se piensa que lo relevante es lo expresivo de la persona o la música. Para mí, como ya dije, es lo expresivo de la persona, trabajo con lo expresivo sonoro, soy musicoterapeuta, pero no bloquearía solo eso, no reduciría, porque lo expresivo es en contexto. Las personas no se expresan solo sonoramente. Y, en lo musical sonoro, lo expresivo no es solo lo sonoro y lo musical; lo sonoro-expresivo-musical es así de complejo. Además, yo trabajo con el aspecto cultural de la persona. Lo relevante es lo que trae esa persona. Por ejemplo, me pasó en una ocasión que un paciente me dijo que leyó un artículo de un gran neurólogo neurocientífico relacionado con “algo de las neuronas y la música”. Bueno, eso es lo que esa persona trae a partir de su historia expresiva y creencias en torno a la música, y yo voy a trabajar con eso. Si, como me ha pasado, viene un niño y me trae un dibujo, yo voy a trabajar con ese dibujo porque, por ejemplo, está vinculado a que el niño estuvo bailando la sesión anterior.

Entonces, la música es lo que la música es para el otro o la otra. En ese sentido la preeminencia y el modo en el que se presenta lo sonoro musical expresivo es el de los otros, no es el mío. Debo tener la flexibilidad necesaria para captar y comprender eso que es del otro, porque con eso voy a trabajar.

La relevancia que tiene en la sesión lo sonoro es la que le da el paciente. Puede haber otro condicionamiento, que es este otro plano que ya mencioné, y que es el modo expresivo de las personas. Tengo que no solo atender a lo que me dice, sino identificar cuál es ese modo expresivo y respetarlo en sus intensidades, en sus posibilidades. Nunca empujar al otro o a la otra a las sonoridades, a las músicas y a los criterios culturales propios, por más que sean para una los más entretenidos y los mejores. Si el otro o la otra vienen con la ópera, que vengan con la ópera. Si el otro o la otra hacen soniditos, vos tenés que estar allí con esa sonoridad o con esa musicalidad en esa complejidad cultural, esa específica historia de vida, ese ethos expresivo que trae. Tenés que entrar en ese trabajo.

- 9- ¿Qué escuchás en una producción sonora en la clínica musicoterapéutica? ¿Qué signos, índices, pistas buscás escuchar? (desde un orden semiológico)

Yo no creo, por la perspectiva que trabajo, que haya una linealidad posible. Esto tiene que ver con este corrimiento que yo hice desde una posición estructuralista a una postestructuralista. Me parece que no es posible hacer ese tipo de asociación a priori. A posteriori sí, el semiológico es un plano más.

Yo considero que hay una conformación de, esto que en mis escritos nombro como, un ethos expresivo estético. Yo sigo la línea de teóricos que consideran que las producciones expresivas artísticas son producciones discursivas. Si son producciones discursivas están constituidas por representaciones sociales, prácticas sociales, están conformadas a lo largo de la historia de vida.

Yo parto de esa premisa en dónde entiendo que cualquier producción de cualquier persona está constituida, como su subjetividad, por cuestiones particulares culturales, por su historia de vida, por su singularidad, por prácticas vinculadas a su modo de ser. Cuando digo *modo de ser*, me refiero al *modo de expresarse de ese ser*.

Esa complejidad se presenta con la posibilidad de ser recortada en algunos sentidos.

Por ejemplo, yo trabajé muchos años en instituciones geriátricas; nuestra labor es muy interesante allí porque se trabaja con la persona que ha vivido toda la vida. Ese bagaje se presenta, aunque haya limitaciones a nivel sensitivo, perceptual y motor. Es impresionante, pero permanece de todas maneras.

Lo que se busca no es algo que se busca como quien busca una esencia o un significado, sino que se está atento a reconocer los modos expresivos, cómo se da a ver, cómo se da a escuchar el ethos expresivo. Entonces no se recorta un significado escuchando solo una vez, en una sesión, ni siquiera en el período de evaluación. Esto que vos preguntás, quizás se hace en el primer período de evaluación. Uno está muy atento a cómo se da a escuchar esa persona, cuál es su ethos expresivo. No se trata solamente de cuál es el problema, con qué idea viene, con qué propuesta viene a trabajar, sino qué te muestra. El psicomotricista Esteban Levin usa mucho la pregunta ¿Cómo se da a ver? En musicoterapia sería ¿cómo se da a escuchar esa persona?

Hay que escuchar la complejidad, pero también saber que en muchos casos esa complejidad también es temporal. La gente no se da a ver al instante en lo expresivo cuando en definitiva tiene una dificultad, una problemática. Quizás el objetivo del tratamiento es que se dé a escuchar.

Las personas tienen estas particularidades culturales que está bueno conocer. Es muy importante en la primera etapa si vos trabajás con personas que no te pueden contar, que les preguntes a les familiares con el que estás conectado, si son hijos, en el caso de una persona mayor; si son los padres y madres, en el caso de los niños, porque hay mucha información que puede ser relevante. En algunos casos esta información puede estar en contradicción, sobre todo en los casos

de demencia, porque hay como un ocultamiento de la historia oficial de las personas, especialmente en las mujeres.

Entonces está todo este componente vinculado a lo cultural y, por qué no, a los gustos de esa persona; a su idea de lo que la música es; a lo expresivo, aunque sea en contradicción con lo que le pasa o cómo se muestra; a su narrativa. También, si eligió hacer musicoterapia o no (sucede que a veces les familiares son quienes deciden las primeras consultas) básicamente hay algo allí que es importante también considerar.

10- ¿Cuáles son los aspectos/rasgos/características que identificás y analizás en una producción sonora? (desde un orden técnico, vinculado al sonido)

El tema de la voz es fundamental: la intensidad, el tipo de voz, la sonoridad de la persona. Cómo es esa voz, cómo se presenta, cómo se presenta con vos, si es en un grupo cómo se presenta, cómo se presenta con las otras personas. No mucho más que eso. Me parece que el tema de la voz es bastante central. Si ejecuta algún instrumento por ahí te dé más información.

Me parece que la voz es un indicador muy interesante a nivel de lo sonoro porque, sea hablando, sea cantando, cómo sea, es muy propio; es donde está la persona, su unicidad, su singularidad. Cualquier manifestación de esa persona te va a mostrar su ethos expresivo.

No me parece que sea relevante otra cosa más que algo que sea propio de esa persona a nivel sonoro.

Cada situación es diferente. Si viene un paciente con un cascabel ya no importa tanto cómo es su voz. Me voy a centrar en por qué eligió entrar a sesión trayendo ese instrumento. Todo eso es para leer, pero es muy puntual. Siempre hay que vincular con la historia expresiva, expresiva sonora de esa persona. Hay que considerar todos los datos que te cuenta, aunque entren en contradicción con lo que te expresa. Todo el tiempo enfocás la escucha en la narrativa propia de la persona, si es un grupo, qué escucha el resto, las diferencias entre su propia narrativa y lo que vos estás escuchando.

11- ¿De qué formas registrás la producción sonora de la sesión de musicoterapia? (Crónicas, relatos, gráficos) ¿Con qué finalidad?

En 30 años pasé por muchas instancias diferentes. Hubo una época en que tomaba notas de todas las sesiones (crónica), sobre todo cuando estaba recién recibida.

En algunos casos se presenta esta necesidad por características particulares. En situaciones transferenciales o contra transferenciales con el paciente, es muy aliviador volcar en lo escrito. No me refiero a la historia clínica que le presentas a la obra social. Se trata de la necesidad de poner en palabras algo de lo que no podés comprender de aquello que sucedió.

Hay que hacer una aclaración: siempre es otra cosa, es la narrativa que vos hacés de lo que allí sucedió.

Si grabás la sesión o una parte de esta, esa grabación siempre es leída, leída como escuchada, como lectura, como recorte; le otorgas a esa grabación un sentido.

En una época recuerdo que con varies pacientes hicimos unos trabajos muy lindos con la voz y con el tema de escucharse, por eso grabábamos y nos escuchábamos. Entonces tenés todos estos planos: la grabación; lo que escucha la persona en esa grabación; lo que vos escuchás; lo que la persona reconoce después que vos le decís lo que escuchaste; el insight que hace o no hace (si se queda en silencio o sonríe; quizás no te enteraste, pero algo pasó). Es esta complejidad. No se puede recortar una materialidad. Todo es muy enriquecedor porque, si vos tenés un registro de lo que vos interpretaste a posteriori de una sesión (tenés tu recorte, tu narrativa de lo que sucedió allí); tenés la grabación; tenés lo que dijo esa persona al escuchar esa grabación, luego, por ahí, a la semana siguiente o a la sesión siguiente, esa persona te trae algo que lo enriquece porque se quedó pensando en eso. Está bueno siempre la amplitud de registros.

Ahora para mí, y vuelvo a lo mismo de antes, lo relevante es lo que experimentan les pacientes. Y lo rico es que muchas veces alguien dice: “yo no lo viví así; ese que escucho, no parezco yo”. Y entonces, ¿con qué trabajás?, ¿con lo que escuchaste vos? Y sí, obviamente, trabajás con lo que vos escuchaste, pero son todos recursos para abordar sobre lo que experimenta esa persona, el registro que hace esa persona.

Podés tener el registro que se toma de la sesión para ir haciendo un seguimiento, las grabaciones, pero me animo a decir que todo eso no sirve si no se atiende el proceso, lo experiencial que está atravesando esa persona con la que se está trabajando o con el grupo. Son importantísimos los registros, pero son “otras cosas”. Son “registros de”. No es lo que “se trabaja”, porque lo que se trabaja es imposible de conocer porque ese es el registro del otro o la otra. El proceso, el insight lo está viviendo él o ella.

Vos podés tener escritos, registros, hacer supervisiones, pero hay cosas que no hay manera de enterarse porque son propias de la persona. Es importante... es más, una tiene a veces la necesidad estratégica de grabar o la necesidad contratransferencial de escribir o la necesidad concreta de presentar informes. Por estas razones una debe tener un control básico de un montón de

cosas: de elementos, de información, sistemas de ayudamemoria, relatos, crónicas, como lo quieras llamar. Ahora, estos... ¡son auxiliares!

12.a- ¿Grabás o filmás las producciones de la clínica? ¿Con qué finalidad?

Nunca filmé una sesión. No creo que esté bien, ni que esté mal. Siempre fui muy reacia a descuidar la privacidad de los espacios terapéuticos.

Como ya mencioné trabajé en instituciones geriátricas; allí se trabajaba en comedor, en jardines de invierno. Recuerdo que, por ejemplo, cuando trabajaba con grupos, si se abría la puerta, nos callábamos todos, se hacía un corte. Luego, se cerraba la puerta y entonces, en forma espontánea, seguía el grupo su producción. En el caso de que estuviese algún familiar del paciente, en general se lo invitaba a que sea una más del grupo.

En relación con el tema de la filmación, trabajé grabando, por ejemplo, para realizar radioteatros. Eso es otra cosa. También grabé en la sesión instancias de producción grupal para retrabajar con el grupo o porque les gustaba escucharse, etc. Nunca hice esto de compartir una grabación afuera del grupo.

No es que esté bien, ni que esté mal. Yo siempre fui muy cuidadosa con eso. Entiendo que es necesario para la disciplina compartir audios, compartir filmaciones con respeto, con los protocolos necesarios que indica la disciplina profesional. Yo no he llegado ni a hacerlo. Sí cuando son proyectos de arte, pero eso es para el afuera. Tengo un montón de filmaciones de las murgas. Eso es otra cosa.

Cuando el grupo quiere mostrar, ahí sí, se graba y se muestra. Pero eso es otra cosa, no estamos hablando de esas grabaciones.

Respeto a los colegas que lo hacen. Me formé escuchando grabaciones en los Congresos. No he llegado a hacerlo. He participado en escritos académicos compartidos con colegas en los que se compartían grabaciones, siempre con mucho cuidado y respeto, mientras que yo prefería compartir viñetas clínicas escritas.

12.b- ¿Qué aporta y qué se pierde en la escucha de una producción sonora grabada?

Aportar, aporta. No es que se pierde. Es un plano. El riesgo es confundir los planos. Les terapeutas en general tenemos esa tendencia.

Si llega un o una paciente y te dice tengo un estudio, un mapeo cerebral, una lo toma, lo lee, lo conoce, sabe. No es que a partir de eso yo voy a hacer estimulación musical de “no sé qué o no

sé cuánto”. La cuestión es cómo se toma cada uno de los aportes. Hay que considerar toda la complejidad para comprender la situación que está atravesando el o la paciente. No quiere decir que, si se tiene una grabación de una producción de una persona o de un grupo, una no se va a perder de nada porque esa es la producción. A partir de eso vos podés trabajar con el grupo: qué escucha; cuando se escucha; qué escuchás vos; que escucha la persona o el grupo en esa grabación después de un tiempo; qué escuchás vos después de un tiempo, etc. No es que se pierde algo. Lo que pasa es que no hay que sobre interpretar o sobrevalorar el plano de eso. Es una grabación. Vos estabas allí grabando y entonces estás presentando un plano, un foco de lo sonoro expresivo, quizás no estás registrando lo corporal, pero estabas ahí presente. Podés tomar notas si te interesa, podés recordar y asociar. Son informaciones complementarias. Para mí el riesgo no está en lo que se pierde sino en reducir la lectura o valorar solo un elemento. Siempre ese elemento es en un proceso terapéutico de una persona o un grupo. Siempre es un elemento expresivo en una *complejidad expresiva*.

13- ¿Qué herramientas te resultan útiles para el análisis de las producciones sonoras?

Para mí, el análisis, es el análisis discursivo, más allá de que la herramienta para grabar sea un grabador.

Siempre considerando la complejidad, se trata del análisis discursivo de los planos. Siempre en esa complejidad. Siempre intentando comprender que la producción expresiva es en contexto, de diferentes planos. Siempre lo discursivo tiene que ver con esa lectura.

Vamos a lo más concreto. Cuando tengo que escribir un informe de algún paciente señalo los modos expresivos vocales, los modos expresivos corporales, hago como un recorrido por este ethos expresivo general. Cómo aparece este ethos expresivo corporal, cómo aparece este ethos expresivo vocal, cómo es lo gestual. Son esos niveles (no digo niveles porque no son jerárquicos). Son esos planos que uno tiene que considerar. Lo expresivo se presenta en planos. Tenés por ejemplo lo corporal-gestual. A veces en algunos casos, en algunos pacientes necesitás dividir y ver lo corporal diferente a lo gestual, eso da más riqueza a la lectura. En otros pacientes quizás necesitás asociar lo sonoro con alguna cuestión de su historia de vida.

En general lo relevante es el sentido, lo discursivo.

Con lo que contás para hacer ese análisis es con tu formación, lo que estudiaste, con tu conocimiento teórico.

14- ¿Quisieras compartir alguna idea, pensamiento, reflexión, asociación, experiencia en relación a la escucha de la producción sonora en la clínica?

Me parece que en este momento hay en la disciplina como un espíritu de época en donde aparece la *escucha musicoterapéutica* con una presencia muy importante. Como ya te mencioné, yo hago una genealogía de la fundación de dicha práctica y categoría, en Argentina, vinculada al psicoanálisis (Aquí en Buenos Aires, hasta las líneas clínicas más psiquiátricas tienen una fundación psicoanalítica). Por supuesto luego también en la clínica desde un campo epistemológico más propio, aparece toda una línea más vinculada a lo musical sonoro donde la escucha toma esta presencia más semiótica o como una hermenéutica ya no psicoanalítica. Creo que en la musicoterapia argentina están vinculadas esas dos líneas; hay como un *sincretismo*, como una síntesis de una musicoterapia hermenéutica, muy fuerte. En las líneas clínicas que no son las neuro rehabilitadoras cognitivas, la presencia más fuerte es esta. (Lo que intenta hacer un trabajo hermenéutico es interpretar lo que allí sucede).

Yo no tengo elementos para entender por qué ahora tomó esta relevancia, ya que, en realidad, el psicoanálisis ha perdido la hegemonía que detentaba hace 30 años; por eso no termino de entender por qué se da esto tan marcado, tan fuerte con respecto a la instalación del concepto de escucha musicoterapéutica.

Quizás se puede pensar, como un indicio, la ruptura muy fuerte que hubo a nivel mundial de la hegemonía de “los 5 modelos de Musicoterapia clínica” con la irrupción de la Musicoterapia social o comunitaria como hegemónica. Entonces, se podría suponer que, en la actualidad, hay una crisis y apertura que posibilitó una cooptación del concepto *escucha* por otras líneas muy diversas a la Musicoterapia psicoanalítica clínica, no lo sé... (Aclaremos que esa ruptura o cambio de paradigma viene de Europa; no es que esa ruptura se dio acá porque somos re latinoamericanos - Leyendo la bibliografía extranjera europea, se reconoce todo este cambio de paradigma en Musicoterapia con la presencia de *la Musicoterapia global ecológica*; es decir, toda esta cuestión de la musicoterapia comunitaria que viene de Europa...es muy interesante... como es desde allí que aparece todo lo comunitario, lo sociológico, lo antropológico, lo cultural en disputa con los famosos “modelos clínicos” estandarizados en el Congreso de Washington allá por los años 90.) No sé, puede ser que tenga que ver con eso, pero, a mi humilde entender, también hay como una *sedimentación psicoanalítica que permanece*, por lo menos acá en Argentina, quizás como dije, con una forma de sincretismo un poco más hermenéutica.

Ahora, por otra parte, acá en Argentina hay otra hibridación porque las mismas personas que aquí sostienen los paradigmas social y comunitario en musicoterapia, o algunas de ellas, vienen con

la misma formación psicoanalítica y vienen haciendo este proceso parecido al que te conté que realicé yo, debido a una cuestión epocal. La diferencia es que no fueron hacia el lado del posestructuralismo, fueron hacia este paradigma social que mencionamos, pero vienen con una formación psicoanalítica. Podríamos reconocer como toda una época de formación psicoanalítica sedimenta en ese concepto y, entonces, me parece, que permanece también en la noción de escucha de las líneas de la Musicoterapia social en Argentina.

Ahora bien, consideremos la gran diversidad de la cooptación del concepto: en Argentina, en la actualidad, ya tampoco están tan presentes los cinco modelos que recién nombré, que se impusieron desde la musicoterapia globalizada durante un tiempo.

Por otra parte, el desarrollo de la línea de la musicoterapia clínica ligada a la lectura neurocognitiva, si se considera desde los años 80 a la actualidad, es bastante lineal. Sí, cambió un poquito: no es lo neurológico, es lo neurocientífico, pero me parece que ahí no hay tanto cambio. No hay cambio en cuanto a lo que escuchan y a lo que dejan de escuchar les musicoterapeutas clínicos de dicha línea. Entonces, me parece qué es importante pensar por qué se dio y se da en Argentina en tanta diversidad de perspectivas musicoterapéuticas esta cooptación del que fuera en su origen un *concepto clínico psicoanalítico* ... porque pasa esto... parece paradójico.

Una vez como en las universidades ya no está la presencia del psicoanálisis como antes. Sin embargo, parece como si *el concepto de escucha* fuera una trinchera para defender algo de la subjetividad por parte de las líneas en musicoterapia no neurocientíficas frente a este otro paradigma neurocientífico que está creciendo día a día... no lo sé...

Son muy raras esas hibridaciones porque el paradigma de la Musicoterapia social es muy diferente al de la Musicoterapia clínica. Por eso es muy extraño que se apropie este concepto desde paradigmas no clínicos en musicoterapia. Bueno, no sabemos... pero lo que es, es: se reconoce una disputa por el alcance y sentido del concepto...

ENTREVISTA A ROMINA BERNARDINI

-Fecha: 03/12/2021

-Institución en la que se formó como Musicoterapeuta (año de graduación)

Me formé en la Universidad El Salvador cuando era la única opción que había. Terminé en el año 95. Luego se agregó el primer plan de licenciatura que existió en el país y lo hice. Ahí me formé como musicoterapeuta. Después hice formaciones en Psicoanálisis a través de Apdeba (el posgrado de tres años), hice formación con Patricia Pellizzari de dos años y formamos el equipo Icmus. Realicé distintos cursos y talleres de Musicoterapia, modelos de improvisación y la especialización Maestría en GIM.

-Formación en otras áreas vinculadas al sonido y la música.

Hice formación en el Collegium Musicum de Buenos Aires y después en el Conservatorio Manuel de Falla. Ahí quedé a mitad de carrera porque el formato Conservatorio no se me cuadraba.

-Otras actividades relacionadas con la Musicoterapia.

Hago docencia. Soy titular en una cátedra en la USAL (Musicoterapia 3) y en la UBA soy profesora de prácticos (Grupos de Improvisación en Musicoterapia).

Ejercicio profesional también es la docencia, pero más allá del trabajo clínico participo en programas de prevención y promoción de la salud. He trabajado con ONG, colaborado con Secretaría de Cultura y Educación cuando vivía en México, acá también en programas de prevención de escuelas secundarias como en otros niveles de intervención.

Brindo supervisiones, tutorías de tesis en la UBA y en USAL. Continuamente estoy acompañando a algún trabajo. También como jurado a veces me llaman para acompañar la tesina desde ese rol.

-Área musicoterapéutica en la que se especializa.

En clínica, salud mental. He trabajado muchísimos años y desde mis inicios mi fogueo fue la clínica infanto-juvenil en salud mental. Después fui haciendo recorrido siempre en salud mental, pero con jóvenes y adultos.

Actualmente trabajo con jóvenes y adultos en el área de neurosis, algunas patologías border, depresiones y un poco con la población infanto-juvenil. Armé otra distribución para este momento de mi vida.

Cuestionario:

1- ¿Cuál es tu orientación o desde qué posición teórica llevás a cabo el ejercicio de la Musicoterapia?

Es dentro de la Musicoterapia Psicoanalítica. Ahí es donde me ubico. Siempre con áreas del Psicoanálisis que dialogan con la Filosofía o con el pensamiento deconstructivo. Un pensamiento amplio de Psicoanálisis, pero es desde ahí, con la mirada que se hace desde el Psicoanálisis en la escucha hacia todos los fenómenos que tienen que ver con el arte, con lo estético y con la afectación en lo humano.

2- De acuerdo a tu experiencia ¿Cómo describirías la escucha en la clínica musicoterapéutica?

Yo haría como varios cortes de ingreso a tu pregunta.

Por un lado, es por la escucha del musicoterapeuta, por la función de escucha, pero un tipo de escucha particular que ubico dentro del posicionamiento que tengo, que se abre el dispositivo. O sea que de entrada no hay dispositivo musicoterapéutico por más que haya un paciente que demanda, un set de instrumentos y un profesional formado. Yo ubico que se inicia el dispositivo cuando la escucha en contratransferencia musical empieza a suceder. A partir de algún efecto justamente de la transferencia musical del paciente, la escucha del musicoterapeuta en contratransferencia comienza a plantear un escenario, a despertarse y es ahí el origen del dispositivo.

Escuchar en contratransferencia implica escuchar lo sonoro de ese sujeto que está en demanda en su dimensión más significativa. Escucharlo con todo el impacto sensible, estético, simbólico, subjetivo, en la subjetividad del musicoterapeuta. Escuchar eso que se produce en el paciente a nivel sonoro, pero desde una dimensión más significativa y que es un impacto sensible

totalmente singular de ese encuentro. No es que hay un forzamiento de interpretación. No va por ahí. Eso ubicaría.

La escucha del musicoterapeuta es lo que inaugura la escucha en contratransferencia musical, lo que da apertura al dispositivo musicoterapéutico porque habilita y es un acto de reconocimiento, ahí está sucediendo el significante sonoro. Habilita al sujeto, al paciente a escucharse. Por eso te digo, yo ubico varios cortes porque una vez que el musicoterapeuta empieza a escuchar en contratransferencia musical, sucede en el paciente como una operatoria y una intervención también por parte del musicoterapeuta de espejo sonoro. El musicoterapeuta cuando empieza a escuchar en contratransferencia empieza a hacer intervenciones de espejo, de señalamiento, demostración sonora, un montón de cuestiones que invitan al paciente a que él mismo se escuche a nivel significativo sonoro y no solamente como una simple fuente acústica o desde el plano quizás más de la simbología cultural. Por ejemplo, cuando los sujetos o los pacientes tocan y responden a la pregunta ¿qué escuchaste cuando tocaste? Sí, toqué lindo, sonaba a rock. Me refiero a otro nivel la propia escucha.

3- ¿Qué niveles o formas de escucha de la producción sonora identificás en tu tarea como musicoterapeuta?

En el momento en que un sujeto demanda hay una escucha que podríamos ubicar tomando distintos autores del plano de la Teoría Estética en Música o del Psicoanálisis.

Podríamos ubicar una escucha de aprehensión inmediata anterior a la escucha en contratransferencia. Lewis por ejemplo nombra ese nivel de escucha que es la escucha como del primer plano de la piel, donde hay algo que te llama la atención o simplemente hay una fuente acústica que suena y la reconocés, señalás que está ahí. Una escucha de aprehensión inmediata. Podríamos ubicar eso, que el musicoterapeuta presencia un sujeto sonando por primera vez. Presencia.

Cuando acompaño en la formación a estudiantes o en supervisión, trato de invitar que esa escucha inicial y de aprehensión inmediata vaya contactando cada vez más con lo fenomenológico, con la pregunta ¿Qué suena ahí? ¿Qué está sonando? Fuerte, suave, rápido o lento... ¿Qué campos sonoros suenan concretamente? Y luego hacerse una pregunta acerca de los campos notables de la escucha. De eso que está sonando hay algo que me llama la atención o que destaca por algún fenómeno de leyes de percepción, por algún evento que sucedió en ese momento y que se enlazó con algo que sonaba, por cualquier fenómeno, por fenómenos de jerarquía a veces en lo fenomenológico mismo porque por ejemplo sonó más fuerte e hizo que alguna cuestión de lo

rítmico se levante por lo melódico. Entonces la siguiente pregunta es esa, si hay algún campo notable. La escucha de campos notables.

En la medida en que el sujeto hace una primera entrevista, una primera sesión, una segunda... ir habilitando a que se abra el campo de la transferencia, que ese sujeto empiece a volcar su transferencia, sus cargas simbólicas, emocionales, estéticas ahí en ese vínculo con el musicoterapeuta, en esos objetos. Es en esa habilitación donde va ir surgiendo una escucha más en contratransferencia musical que sería ir intentando escuchar los lazos del significante sonoro. Es como preguntarse si esto que suena a nivel fenomenológico está generando lazos en sí mismo, por ejemplo, ¿cuándo suena fuerte suele sonar rugoso?

Cuando lo que suena genera lazos significantes, lazos que generan algún sentido dentro de esta estética misma, es ahí donde empieza a surgir la escucha significativa, cuando el sujeto empieza a enlazar y el musicoterapeuta lo escucha. No sé, cuando canta una melodía estoy viendo que el sujeto suele enlazar cantar con mirar a los ojos o al revés, cuestiones que van a pareciendo. No son preguntas “genéricas” (la palabra genérica es un poco tosca). Sí quizás la pregunta en esta instancia estructural de la escucha sería ¿Qué lazos estoy escuchando? ¿Existen lazos en lo que suena? Y si existen se empieza a abrir la escucha en contratransferencia y del significante. Ahí ubicaría esos tipos de escucha.

De lo fenomenológico escuchar los parámetros del sonido, de la música.

Dentro del campo de lo notable escuchar lo que emerja.

Dentro de la escucha de los lazos, de lo significativo, ahí va a depender de los lazos que ese sujeto empiece a presentar, a crear. Podríamos armar como distintos trazos. Hay lazos significantes que tienen que ver con lo vincular, entre lo sonoro y los vínculos o sonidos que se vinculan. Hay lazos o relaciones que ese sujeto arma que tienen que ver con el modo de construir, de poner en relación sonidos entonces, por ejemplo, ahí me interesa escuchar las funciones sonoras y como el sujeto genera relaciones de sonido, relaciones que dan la posibilidad de crear un lenguaje con sentido para sí. Ahí ubicar las funciones sonoras como combinación, repetición, selección, sustracción, variación.

4- ¿Cuál es el objetivo de la escucha en la clínica musicoterapéutica?

Si vamos quizás por momentos dentro de un tratamiento, el primer objetivo es habilitar el dispositivo. Eso es habilitar a un sujeto a que empiece a escucharse a sí mismo a nivel significativo. Que en lo que suena escuche como ese efecto 4D, escuche esa otra cosa de sí que puede ser una imagen, un recuerdo, una sensación, un gesto en el cuerpo, un efecto, una impresión del sonido que

lo llama pero que empiece a escucharse, a habilitar un sujeto en su dimensión significativa. Eso sería como un primer gran objetivo. Luego el objetivo de la escucha es si ese sujeto empieza a escucharse a nivel significativa, que por la escucha y el tratamiento de su producción sonora elabore su producción sonora. Ahí donde hay algo que le genere pregunta, ahí donde haya algo que le genera inquietud, ruido o le genera ilusión, deseos, empiece a elaborar, a tratar a su producción sonora.

5- ¿De qué maneras trabajás, entrenás, ejercitás o preparás la escucha en función de tu tarea como musicoterapeuta?

Mirá... La formación en GIM, si bien tiene que ver con escuchas de producciones sonoras de otros, está enteramente basada en la escucha. Esa fue es una formación que me intervino mucho y está muy presente aún, cuando trabajo con improvisación.

Después cuando surge algún curso o taller que me interesa lo realizo tenga que ver con Musicoterapia o a veces no, a veces tiene que ver con poesía. Estoy muy ligada a la poesía.

Trato de conectar la escucha con lo que hace que yo como sujeto también habilite en mi vida la escucha significativa: ir a escuchar música en vivo o al cuidar el lugar de la palabra en algún diálogo con alguien.

En lo cotidiano cuando estoy en el trabajo, en el momento en el que estoy escuchando y está sucediendo la sesión trato de estar tranquila, suspender cualquier cuestión personal y estar ahí, suspender cualquier juicio y estar en tiempo presente de un modo más contemplativo sin ninguna presuposición de nada de ese sujeto. Intento dejar que lo fenomenológico y ese efecto de sentido suceda cada vez por más que sea un paciente que atiendo hace 5 años.

P- ¿Tenés alguna forma particular de lograr eso, algún ejercicio, algún tip o es una cuestión de disposición?

Primero es una cuestión de decisión, de decidirlo cada vez. Y de disposición...

Algunas cuestiones que me acompañan para estar presente, despejada en la escucha y más contemplativa, por ejemplo, en mi consultorio hay algunas plantas y da a un jardín, eso es algo que me conecta con lo vivo. Si es necesario prendo un sahumerio. Son cuestiones que me traen al presente, al estar en el momento, al estar de un modo sensible, sereno. Muchas veces cuando está sucediendo una improvisación o cuando el paciente elige una canción para escuchar invito a que cerremos los ojos.

A veces cuando veo que el paciente llega con una energía ansiosa y la escucha está como un poquito obturada o resistente quizás hacemos alguna experiencia que implique hacer lugar, abrir y acudo a algunos materiales. En el consultorio por ejemplo tengo arena. Tocar arena o dejar que granos de arena caigan sobre un parche, escuchar la piel del sonido, el grano del sonido, volver a lo más elemental pero todo eso también depende de cada encuentro.

6- ¿De qué forma tocar música o intervenir sonoramente en una producción en la clínica afecta la escucha? ¿Qué características presenta esa escucha? ¿En qué aspectos se centra?

Yo creo que no cambia a nivel estructural sino más bien que le sucede una adición, una suma. Es una escucha que está poniendo el cuerpo, está produciendo sonido también. Quizás es eso. Es una escucha que no solo produce ese campo significativo que es el esperado, sino que lo manifiesta o lo pone en un sonido. Es como una escucha que pone.

Creo que a nivel estructural no cambia.

Obvio que no es lo mismo escuchar que escuchar e intervenir. Ya solo escuchar es intervención si se está escuchando lo significativo. Ahí hay intervención. Ahora escuchar y tocar podría ser escuchar y tocar para señalar, tocar para mostrar, tocar para restar, tocar...

7- De acuerdo a tu criterio ¿Cuál es la música o la producción sonora relevante para el musicoterapeuta? ¿Cómo la describirías?

Todas las formas sonoras están habilitadas. Como recién comentaba el primer objetivo es que un sujeto suene, habilitarlo a que suene y que se presente con sus sonidos. Desde ahí ver que enlaces significantes generan esos sonidos para la escucha del musicoterapeuta y para el sujeto. Todo lo que suene va a estar habilitado, pero bajo la pregunta ¿esto que suena tiene algún enlace significativo? Y siempre preguntándose si ese enlace significativo que está sonando produce padecimiento. Por ejemplo, un niño que está tocando un parche al punto que sus compañeros de grupo salen de la sala porque no pueden tolerar el ruido y se queda solo o un adulto que escucha una canción que tiene que ver con su proceso de duelo y la vuelve a escuchar una y otra vez y no hay una elaboración, por decir algunas escenas. Entonces siempre vamos a alojar eso, pero lo vamos a alojar con la pregunta ¿cómo es posible hacer un tratamiento de esto que estamos escuchando? No que siga sonando y que siga sonando. A ver cómo lo tratamos, pero todo está habilitado, todos los estilos musicales, los tipos de sonidos, las palabras...

He acompañado a niños y era hacer raps puteando, a adolescentes y era explorar sonidos escatológicos y meterse con el asunto de la mierda, a adultos y escucharlos hablar de su oscuridad y buscar en improvisaciones con clústers al teclado y distorsiones y bueno... a ver qué hay ahí, qué te trae esto. Aún escuchando estilos musicales que yo no suelo escuchar y habilitando todo.

Recuerdo un adolescente que acompañé unos años que escuchaba Marilyn Manson y un montón de bandas que en esos años hablaban de la violencia y la violencia era vamos a matar a todos y bueno... era cantarlas, rapearlas, tocarlas... ¿a ver?

8- Según tu experiencia ¿Qué relevancia tiene lo sonoro dentro de la producción discursiva en la clínica? Fundamental.

Lo sonoro es el punto de apoyo y ahí está mi posición de Musicoterapia Psicoanalítica porque para mí la apoyatura de la pulsión y en donde nos constituimos como sujeto es en lo sonoro. Uno de los primeros apoyos que encuentra la pulsión para manifestarse y sobrevivir, desarrollarse en el mundo, resolver, es lo sonoro. En lo sonoro está la propia voz, la voz materna y la escucha materna. Por eso también el asunto de la escucha en la constitución subjetiva es estructurante. Es desde ahí, desde lo sonoro. Después si surge una imagen, un dibujo, un movimiento, buenísimo. Se suma y forma todo parte de esa estética significativa del sujeto. Pero el punto de apoyo y de retorno siempre es en lo sonoro.

9- ¿Qué escuchás en una producción sonora en la clínica musicoterapéutica? ¿Qué buscás escuchar? (signos, índices, orientado al orden semiológico)

Ahí la semiología, los campos notables de cada sujeto. Dónde cada sujeto que consulta va a empezar a aparecer de un modo más significativo, con un caudal donde se empieza a presentar lo significativo. Lo semiológico va a estar sujeto a ese sujeto. O sea, el corte semiológico lo va a poner el sujeto.

Hay sujetos que aparecen de un modo significativo a nivel semiológico del índice, hay otros sujetos que aparecen a nivel semiológico, digo de la teoría del signo, por ejemplo, en el símbolo. Dentro de la semiología musical o de la sintaxis, de la semántica musical hay sujetos que aparecen de un modo significativo a nivel de célula rítmica, otros de motivo melódico, otros simplemente de célula tímbrica o sujetos que aparecen a nivel de semifrases.

Entonces el corte semiológico lo pone el sujeto en la presentación. Después en la intervención según cómo se está presentando ese sujeto y ese padecimiento, el musicoterapeuta hará

las intervenciones de cortes semiológicos, semánticos, en el fraseo... bueno... distintos tipos de intervenciones.

10- ¿Cuáles son los aspectos/rasgos/características que identificas en una producción sonora? (desde un orden técnico, vinculado al sonido concretamente)

Los parámetros del sonido y de la música. Los parámetros del sonido: intensidad, timbre, grano del sonido, ictus, formas de ataque, formas de extinción.

Trato de presenciar en esa primera escucha y de contemplar lo que se presenta sin ningún juicio: los parámetros de la música, si aparece alguna escala de las más culturales o el sujeto está armando alguna relación de escalas, de tonos, relaciones de duraciones, agrupaciones de ritmos, relaciones de texturas, de densidad cronométrica o polifónica. Si aparece alguna forma musical porque reitera o varía, o alguna cita de algún estilo. Los parámetros del sonido y de la música.

11- ¿De qué formas registrarás la producción sonora de la sesión de Musicoterapia? (Crónicas, relatos, gráficos, etc.) ¿Con qué finalidad?

Por muchos años, pero muchísimos años, creo que por 15 años yo escribí. Se iba cada paciente y yo escribía. O a veces estaba en la sesión y sucedía algo y yo escribía. Le avisaba al paciente: esto lo registro porque nos va a servir a los dos.

Hacía crónicas. Por muchos años también grababa todo y lo tenía por las dudas. En los últimos años ya no hago crónicas de todo.

P- ¿Y qué finalidad tenían esas crónicas?

Esas crónicas eran por un lado un intento de dar cuerpo a esa escucha. Ponerla en esa otra superficie del papel y la palabra como para habilitarla a que sí, a que sonó, lo acabo de escuchar, se me presentó así.

Por otro lado, para tener una apoyatura y volver a acudir a eso si hay algo que me llama la atención y no recuerdo si sonó alguna vez. Para hacer una retrospectiva.

Me interesaban mucho los estudios de caso entonces yo anotaba y escribía.

Después la escucha misma fue haciendo una escritura interna y ya no fue necesario tanto el papel.

P- Me da curiosidad y por eso te pregunto si en esas crónicas incluías o incluís tu faceta de poeta. Si escribías poéticamente o eran descripciones de lo que acontecía.

Al principio mucho era fenomenológico, sonó así... No sé... el paciente es la primera vez que mira a los ojos y justo está tocando tal cuestión.

Muy, muy descriptivo. Después también preguntas.

La fase poética se fue incluyendo después al reconocer que a pesar de no ser una descripción fenomenológica igual tiene valor de presentación. Yo creo que empieza a aparecer la escritura poética de lo que uno escucha en sesión, sea que lo escribas en papel o no, cuando al momento de la escucha uno tiene una poiesis adentro. Eso empieza a suceder cuando lo significativo se está presentando, o sea cuando el sujeto ya está haciendo poesía con lo que suena... no sé si me explico... generando relaciones de sonidos que tengan un sentido significativo. Y eso, cuando el sujeto empieza a hacer eso y lo empieza a volcar en sesión tiene un efecto significativo y poético en el musicoterapeuta, en la escucha y en la imagen.

12.a- ¿Grabás o filmás las producciones de la clínica? ¿Con qué finalidad?

Al principio, los primeros años grababa toda la sesión completa. En esos años era solo en cassette. Tenía cassettes y cassettes de las sesiones de cada paciente. A veces los escuchaba. Los tenía, los iba enumerando, fecha, sesión.

Luego progresivamente fui grabando momentos, por ejemplo, cuando hacía alguna propuesta de improvisación o el paciente estaba improvisando algo y yo sentía que era un momento significativo o de presentación de algo que me generaba pregunta.

Y ahora, sí, la grabación la dejo solo para intervención, para momentos que siento que va a ser necesario volver a escuchar o que el sujeto tenga dimensión de que queda registro, de que hace marca, eso, que no se las lleva el viento a las ondas acústicas, que hace marca. Por eso no siempre grabo. Con algunos pacientes a veces hacemos grabación, pero con filmación en donde él se vea tocando y vea su gesto sonoro, no solo lo escuche sino que vea al gesto sonoro. Y a veces son fotografías y no filmación. Tomo fotografías mientras él está tocando e invertimos roles. Yo toco, le digo me voy a inspirar con lo que vos tocaste y vos fotografíame si hay algún gesto que te llama la atención. Eso del gesto sonoro que el sonido impregnó en el cuerpo y se da a ver, no solo se escucha.

12.b- ¿Qué aporta y qué se pierde en la escucha de una producción sonora grabada?

Si es una escucha que ya está montada en la escucha en contratransferencia no hay como una dimensión de perder sino más bien hacerla desfilar, que circule. Que siga circulando.

13- ¿Qué herramientas le resultan útiles para el análisis de las producciones sonoras?

R- ¿Para analizarlas con el paciente?

P- Como sea que lo hacés vos. Sola o si lo hacés con el paciente. Contame cómo lo hacés vos.

R- Es como lo que estamos intercambiando.

Primero una escucha abierta, contemplativa, sin juicio.

Después preguntar si hay un campo notable. Ese elemento.

Antes del campo notable preguntar qué suena, lo fenomenológico y ahí los parámetros del sonido.

P- ¿Esas preguntas te las hacés vos misma o se las hacés al paciente?

Esas preguntas me las hago yo. Según frente a qué paciente estoy y ante qué presenta a veces se las hago al paciente y a veces vamos para otro lado con lo que sonó.

A veces no vienen preguntas después de que el paciente hizo una producción sonora. Puede venir un mirarse, un dibujar, un seguir hablando... no sé.

A veces sí le pregunto al paciente ¿qué escuchaste? ¿qué sonó? ¿hay algo que te llamó la atención? De eso que te llamo la atención ¿qué te trae eso? ¿qué te dispara? ¿por qué creés que te llama la atención o en qué? ¿Hubo algún elemento que sonó y se relacionó con algún otro, que ayudó a algún otro elemento? Le hago preguntas fenomenológicas, del campo notable, del significante sonoro.

Después de preguntarse por lo fenomenológico paso al campo notable.

Yo como musicoterapeuta después de escuchar el campo notable y preguntarme esto que sonó, qué destaca, si se están generando relaciones, me pregunto por los lazos que genera eso. Si se empiezan a presentar lazos entre lo que el paciente dice y lo que suena. Ahí empezar a hacerse la pregunta acerca de qué de lo significativo se está presentando.

14- ¿Quisiera compartir alguna idea, pensamiento, reflexión, asociación, experiencia en relación a la escucha de la producción sonora en la clínica?

ENTREVISTA A GUSTAVO GAUNA

-Fecha: 14/12/2021

-Institución en la que se formó como Musicoterapeuta (año de graduación)

Yo me gradué en el año '80 u '81 en la Universidad del Salvador. Después hice una capacitación docente que me habilitó para el trabajo en educación. Actualmente, después de 35 años de trabajo en educación especial, estoy jubilado como docente en la provincia de Córdoba.

También hice la Licenciatura en la UAI. No recuerdo si me gradué en el '97 o '98.

Durante muchos años fui dirigente Scout. Eso influyó mucho en mí. Viví todo el escultismo desde abajo. Trabajé en un proyecto muy avanzado para la época que comprendía la inclusión de niños con discapacidad o discapacitados (depende el momento) en actividades con chicos de la misma edad. Esto es algo que la educación tomó 20 años más tarde.

Tengo toda una vida de campamentos y de actividades en pequeños grupos que me sirvió muchísimo porque me dio una experiencia social muy fuerte, de encuentro y liderazgo. Incluso una de las cosas más fuertes que hice fue llevar a 18 adolescentes a Inglaterra como líder de grupo para hacer trabajos comunitarios. Fue una experiencia absolutamente inolvidable, tanto es así que volví y me fui del movimiento scout. Un mes en Inglaterra con 18 adolescentes, 9 chicos y 9 chicas fue realmente una experiencia impresionante.

-Formación en otras áreas vinculadas al sonido y la música.

Estudié piano durante muchos años. También estudié guitarra e instrumentos varios.

-Otras actividades relacionadas con la Musicoterapia.

Fui docente universitario.

Pertenezco al grupo MIN (Musicoterapia en la Infancia).

He publicado libros.

He trabajado en muchos Congresos.

En este momento estoy trabajando activamente en ACOMUS. Con mucho orgullo Córdoba tiene una Asociación Cordobesa de Musicoterapeutas. Yo fui el primer musicoterapeuta que llegó a Córdoba y hoy en día somos más de 30 en una situación formada, legalmente constituida que en la

actualidad argentina no es poco decir. Estamos organizando un Congreso en la Ciudad de Córdoba. Estoy muy metido en el trabajo en la Asociación, me interesa mucho.

También fui presidente de AMURA cuando se intentó rescatar, pero ya era tarde porque estaban perdidos los papeles.

-Área musicoterapéutica en la que se especializa.

En el Congreso de ACOMUS tenemos tres áreas: la clínica, la educativa y la socio-comunitaria.

Hace 40 años que ejerzo sin parar la clínica en niños. También trabajo con adultos.

Trabajé mucho en educación. En el ámbito educativo hice muchas cosas, muchos proyectos preventivos, muchísimos. Me jubilé recientemente de una formación docente.

Me convocaron en la escuela pública, en una escuela normal, considerando mi formación docente para el trabajo con una visión preventiva desde el lenguaje artístico y expresivo. Me pidieron que ponga todo mi conocimiento y experiencia en el ámbito preventivo en educación. Eso lo hice mucho, ahora ya no porque estoy grande, pero lo hice mucho. Hice muchos diagnósticos vinculares en educación en escuelas públicas de la provincia de Córdoba. Eso lo tengo escrito.

Cuestionario:

1- ¿Cuál es tu orientación o desde qué posición teórica llevás a cabo el ejercicio de la Musicoterapia?

Yo estoy totalmente identificado con el Pensamiento Estético. Si bien empecé por el Psicoanálisis, no me cerró nunca el Psicoanálisis con la Musicoterapia. He tenido acaloradas discusiones, una en el año '99 en el Hospital Pedro Elizalde, la recuerdo mucho porque esa fue muy fuerte.

Después de haber pasado por diferentes momentos, yo creo que la Musicoterapia tiene que fundarse en lo que se llama comúnmente un pensamiento estético. Además, creo que está ratificado desde pensadores muy fuertes como Morin, Deleuze, Trevi, gente muy fuerte que también plantea toda esta cuestión de la relación de las formas y los devenires de las formas. Siendo el lenguaje musical un lenguaje formal me parece que de alguna manera ese es el camino.

Claramente yo me identifico con todo lo que se desarrolló después de Gustavo Rodríguez Espada con quien trabajé mucho. Los libros que escribió Claudia Banfi, los que tengo escritos yo,

Araceli Matus y otros que también escribieron desde este lugar. Toda la producción que básicamente partió de la UAI es un pensamiento que a mí me interesa mucho, por supuesto con ciertas diferencias, pero a mí me interesa mucho desde ahí.

Nunca me interesó ninguno de los modelos en Musicoterapia. Me parece que son dos palabras que no pegan: Modelo y Musicoterapia son dos palabras que no pegan en lo más mínimo. Me parece que el tema de la improvisación libre y pensar estéticamente como juego de formas el accionar clínico y la escucha en Musicoterapia es fundamental.

2- De acuerdo a tu experiencia ¿Cómo describirías la escucha en la clínica musicoterapéutica?

Yo me formé mucho con Elcira Belloc, fue la persona con la que supervisé muchísimos años. Ahí apareció todo lo que es la escucha trabajada, tema que me parece de alguna manera fundamental.

En este sentido yo digo siempre que la clínica la propone el terapeuta, pero la habilita el paciente y esto tiene que ver con el diálogo. La escucha es un diálogo en realidad. La escucha es un proceso de análisis y síntesis. Uno cuando escucha está haciendo las dos cosas a la vez. La escucha sobre todo se sostiene si uno sostiene la producción sonora del paciente. Por eso uno nunca puede ser un observador y esto está totalmente relacionado con el pensamiento complejo que dice claramente que uno altera la realidad. Cuando hago un diagnóstico no puedo escuchar al paciente si yo no produzco sonido y eso evidentemente que altera en algún punto, pero es también lo que permite que el otro produzca. Es una relación de pares en algún sentido. Entonces mi producción sonora que está pensada en función de la producción del otro es lo que habilita al paciente a producir sonido y mi escucha lo que la transforma en discurso. Es decir, esa producción que está avalada desde mi propia producción como musicoterapeuta, al yo escucharla se transforma en discurso porque hay alguien que recibe lo que el otro hace porque hay escucha.

3- ¿Qué niveles o formas de escucha de la producción sonora identificás en tu tarea como musicoterapeuta?

Nunca lo pensé específicamente así. Creo que hay intensidades. Ahí es donde aparece el silencio.

Hace 4 días tuve la escena más fuerte con un niño autista. De la nada empezamos a jugar con una fórmula rítmico melódica. Él empezó a completar y yo comencé a generar el ida y vuelta. Pude grabar la escena para ofrecérsela a los padres, quería que lo vean porque fue por ahí la primera comunicación. Ahí claramente no pensaría en niveles, hablaría de intensidades. Hubo momentos de gritos y alegrías y hubo momentos en donde él entró en silencio y yo también. Ahí entendí perfectamente eso que uno dice: hacer silencio, como el tema de un momento de recuperación de todo el espacio sonoro.

En el libro Escuchar a los niños y en El arte ante la violencia yo hablo mucho de esto. En realidad, las grandes decisiones se toman en silencio en función de lo que uno escuchó antes. No se puede tomar la decisión fuerte y sonorizar a la vez. Ahí es que el silencio toma tanta preponderancia. Por eso a mí me parece que es una cuestión de intensidades. Como el aire que se comprime y se distiende, se comprime y se distiende, es como el tema y variaciones.

Por supuesto que hay niveles como el estésico, el poiético o el objeto neutro. Todo esto está planteado por grandes autores y me parece que son buenas formas de análisis. A mí me interesa más que nada, me apasiona el análisis del momento. Siempre me interesó esta cuestión de analizar, sintetizar y producir.

Elcira Belloc con quien yo supervisaba, agarraba y escuchaba horas y yo decía: yo no puedo. Yo prefiero esta cuestión de vivirlo con intensidad. Creo que es muy difícil escuchar objetivamente y creo que la emoción tiene mucho que ver. Yo en ese momento, con este chico que te conté, por ejemplo, me emocioné mucho y creo que él recibió algo de mi emoción. Yo creo que hay intensidades. Hay momentos más intensos, más lentos o más rápidos, hay momentos más emotivos o más reflexivos y que por ahí viene este juego de análisis y síntesis. Lo veo por ahí. Hay niveles, pero me parece que es más que nada la cuestión del análisis.

Yo particularmente como musicoterapeuta me considero mucho más clínico que otra cosa y a mí me importa lo que pasa en el momento y sé que todo lo que escribí, lo escribí de la clínica. Y es claro, es lo que me dice la gente, se nota la clínica. Ahí me quedo, después pienso. Lo prefiero pensar desde el ámbito de las intensidades.

4- ¿Cuál es el objetivo de la escucha en la clínica musicoterapéutica?

Concreto y claro: hacer que el paciente siga produciendo. Lo que yo analizo y sintetizo es para que el paciente no termine de producir. Al ser un pensamiento estético se trata de un juego de formas entonces lo que yo necesito es la forma que se deforma y se transforma en otra forma. Eso

es el pensamiento formal. Yo necesito que el paciente, la persona, el chico o como se llame (ya paciente no existe más) tenga la mayor cantidad de posibilidades en su propia producción. Entonces cuando yo escucho no es ni para interpretar, ni es para decirle esta es la justa, ni es para decirle tenés que cantar esta canción, es para que siga produciendo.

La dinámica de una sesión para mí es muy simple. Cuando este chico con autismo empezó a producir, yo me callé. Cuando su producción se empezó a volver repetitiva yo propuse una variación. Mi escucha tiene que ver con el ofrecimiento permanente de variaciones a la producción sonora del otro con el objetivo de que él pueda percibir y reconocer las variaciones de lo que está haciendo. Punto. No hay por qué interpretar nada, no soy psicoanalista ni lo quiero ser.

5- ¿De qué maneras trabajás, entrenás, ejercitás o preparás la escucha en función de tu tarea como musicoterapeuta?

Yo antes de ir a atender por ahí estoy cansado y todo lo demás, pero cada vez que abro la puerta el chico me despierta eso que escribí al principio de Escuchar a los niños: que los niños siempre están dispuestos. Esa fue una pregunta que me hice un día: ¿Cómo puede ser que hace 40 años que abro la puerta y cada vez me encuentro con alguien que quiera hacer? Ahí me puse a pensar en eso y me di cuenta que nunca un chico me dijo que no. Nunca. Podrán estar enojados, no les compraron el chocolate y vinieron enojados, no sé, pero nunca me dijeron que no. Entonces me di cuenta que es una cuestión de empatía. Yo escucho desde las ganas del otro y lo tengo re claro. El día que yo abra la puerta y no se me despierte eso espero haberme asegurado el futuro económicamente porque me voy a quedar en mi casa. La escucha es desde la empatía. Después hay algo racional. Esa es la crítica que yo le hago a los modelos de musicoterapia. Me parece que es una cuestión como contradictoria. Todos los grandes músicos, todos los grandes genios armaron su genialidad transgrediendo alguna regla. No hay otra posibilidad, no se puede hacer de otra manera. Me parece que no hay que hablar de modelos, hay que hablar de formaciones en musicoterapia. Después hacé lo que quieras.

Más allá de la cuestión religiosa hay una frase de San Agustín que a mí me gusta mucho y dice: Ama y has lo que quieras. Me parece más allá de lo religioso que el punto pasa por ahí.

Yo me formé mucho en el tema de la escucha y creo que es así, es una cuestión de empatía. Lo que yo sé es que tengo ganas de escuchar al otro, que yo disfruto de escuchar al otro y cuando yo disfruto entiendo algunas cosas.

Después en determinado momento llamo a uno y le digo me pasó esto, vos qué pensás. Pero en principio tiene que ver con una cuestión de formación y sobre todo de las ganas que el otro te despierte.

Yo me formé para trabajar con niños con discapacidad y tengo un consultorio lleno de chicos que son todos genios. Esto mismo lo digo en Escuchar a los niños, son niños que les sobra. Un día me pregunté ¿Qué hago yo acá con pibes que son una luz? Pero claro la pasan mal, lloran, no duermen de noche, tienen miedo, se hacen pis encima... Entonces pensé: ¿qué es lo común en este lugar? Que ellos vienen y quieren.

En Escuchar a los niños yo relato una escena que es fuertísima de una nena chiquita de 6 años que me adoraba y un día se quiso ir... fue rarísimo. Yo ya estaba ordenando el consultorio mientras pensaba, qué raro que a fulanita le haya pasado esto. La nena vuelve, abre la puerta y me dice: Gustavo te pido perdón, es que tenía sueño, me despertaron y me puse mal, pero yo quiero venir y estar con vos. ¡Mirá la capacidad de reconocimiento del chico!

Me parece que tiene que ver con esto la escucha. Hay una actitud de querer estar con el otro, de querer escuchar al otro y de todo lo que viene después con la escucha, abandonarse, prestar el oído, el tiempo, la atención. Poner la intención a la atención y soportar el silencio, algo de lo que habla Gustavo Langan. Esa es gran parte de la cosa.

- 6- ¿De qué forma tocar música o intervenir sonoramente en una producción en la clínica afecta la escucha? ¿Qué características presenta esa escucha? ¿En qué aspectos se centra?

Son más acelerados los tiempos. Además, hay una cuestión que es clara para mí, estás decidiendo cosas. Cuando escuchás solamente no, pero cuando intervenís estás decidiendo cosas. Entonces hay ciertas cosas que por ahí se escuchan.

Tengo un relato clínico que me pasó hace un tiempo atrás. Se trata de un chico que entró al consultorio con un diagnóstico. El motivo de consulta era porque supuestamente no registraba las diferencias o no reconocía sus conductas, hacía cosas y no las reconocía y ese tipo de situaciones.

En la segunda entrevista, ya había tocado el piano conmigo antes, me vuelve a pedir el teclado. Nos sentamos frente al instrumento, yo empiezo a tocar y el me empieza a imitar. Era una cuestión muy rápida, como te dije antes, de mucha intensidad, mucha ida y vuelta. En un momento particular pasó algo que yo sigo estudiando porque para mí es un tema muy interesante y tiene que ver con qué es lo que le pasa al otro. Me puse a tocar algo para mí y me olvidé de él. Cuando me pasan estas cosas siempre después pasa algo. Estábamos tocando y me olvidé de lo que estaba

tocando con él y me puse a tocar algo para disfrute mío, así rápido, no era una cuestión muy técnica evidentemente... y de repente él que estaba pegado al lado mío gira la cabeza y dice: ¡Qué lindo es estar acá con vos! A lo cual yo me quedé mudo. Ahí me dí cuenta: acá pasa algo, pero tengo que decidirlo ya... Y él se aleja un poco, se ve que mi mirada fue demasiado fuerte y continuó: ¡Bah! Es divertido. Lo cual es genial porque los chicos saben por dónde salir bien. Se rió, yo me reí y seguimos. Pero si el motivo de consulta era que el chico no podía reconocer conductas, bueno... ¡vaya que las puede reconocer!

También recuerdo el caso de Jonás, un chico que me pide el micrófono en el colegio (esta escena está también escrita en ese libro, el título de ese capítulo es Escuchar es construir el vínculo). En un momento en el que yo le pongo un límite él se va, cuando vuelve yo lo miro a los ojos y él se vuelve a ir. En ese momento yo entendí que él no podía aceptar mi mirada y ahí aprendí a no mirarlo. Entonces mientras yo no lo miraba él se acercaba y me pedía cosas. Yo sabía que él no podía todavía aceptar mi mirada.

Entonces creo que cuando uno sonoriza decide acciones y en esa decisión tiene que haber un proceso de análisis y síntesis, de aproximación. Es muy importante lo que vos decís porque lo que vos decís puede hacer... En el libro del Arte ante la violencia hay un título que dice “Y la niña no cantó más” y habla justamente de eso.

Yo trabajé y supervisé a un colega durante muchos meses para que surja en una niña una conducta expresiva. El día que sucede y la niña le canta al compañerito una canción lento y suave, el musicoterapeuta justamente por lo trabajado en la supervisión hace silencio para ver el devenir de esa conducta de la niña. Entonces otra profesional que estaba ahí dijo: ¡Qué linda la canción! Todos a cantar la canción que trajo Lucía y la nena no cantó más. La intervención fue horrible. Entonces cuando uno sonoriza, decide cosas en función de lo que escucha.

- 7- De acuerdo a tu criterio ¿Cuál es la música o la producción sonora relevante para el musicoterapeuta? ¿Cómo la describirías?

Para mí el único requisito es que sea un juego de variables. Para mí la cuestión es muy concreta: Hay que definir un tema y hay que encontrar las variables válidas. A ver... hay que describir un tema que hable de uno y hay que encontrar las variables válidas a eso que habla de uno. Yo amo a Beethoven, es mi vida. Beethoven fue el primero que hizo esto con absoluta genialidad sobre todo después de la Heroica, la que le dedica a Bonaparte. ¿Cómo hacés para volver al tema? Reconociendo el camino. Beethoven era un gran improvisador. La Heroica es la primera obra en la cual Beethoven se pierde mal y vos te preguntás cómo hace para volver. Es genial la manera en que

vuelve. Vuelve y vuelve de tantas formas distintas. Lo que yo siempre toco al piano es el primer momento de la quinta de Beethoven... 287 veces repite esa fórmula y vos no te das cuenta. Llega un momento en el que vos decís cómo podés estar 8 minutos diciendo lo mismo y que cada minuto sea más apasionante que el anterior.

Bueno, es eso... describir un tema, encontrar las variables y trabajar. El tema lo tenés que describir para estar hablando de vos y las variables para reconocerte en este concepto de Adorno donde reconocer es volver a conocer lo que ya se conoce. No es conocer nada nuevo. Cómo hago yo para en ese pasaje de la vuelta de la variación al tema, reconocermelo a mí y a mi propia producción. Por eso uno ha escrito y también ha tomado del pensamiento estético. Mientras más lejano al tema es la variación, más efectividad tiene el lenguaje.

8- Según tu experiencia ¿Qué relevancia tiene lo sonoro dentro de la producción discursiva en la clínica? Fundamentar.

Es nuestra puerta de entrada y sobre todo en la infancia. Es nuestra puerta de entrada, pero la cosa puede terminar en otro lado y está bien que así sea. ¿Por qué? Porque el chico es único.

9- ¿Qué escuchás en una producción sonora en la clínica musicoterapéutica? ¿Qué buscás escuchar? (signos, índices, orientado al orden semiológico)

Yo pienso que la producción es una integración de cosas, pero creo que de todos los aspectos el emotivo como el simbólico son fundamentales. Tanto lo emotivo como lo simbólico para mí están relacionados con algo que todavía no apareció pero que siempre estuvo presente y que es el tema del vínculo. Yo creo que el valor de las construcciones tiene que ver con cómo a partir del vínculo aparece lo emocional y lo simbólico.

En la escena que te conté del chico en el teclado, cuando yo me voy y empiezo a disfrutar de lo mío (porque fue eso lo que pasó) y me dice ¡Qué lindo es estar acá con vos!, evidentemente me descolocó, yo estaba en otro lugar y él me trajo. Ahí yo creo que lo que aparece es una cuestión netamente emotiva a partir del vínculo y que abre a lo simbólico. Me parece que pasa por ahí. El sentido se construye a partir de la riqueza del vínculo, por eso todo lo que hablamos antes.

Esta idea de la hora del juego, vos jugá y yo tomo datos no puede nunca pertenecer al ámbito del pensamiento complejo, ni del pensamiento estético.

En la medida en que el vínculo genera emotividad y situaciones simbólicas que están en posibilidad de representar diferentes cosas, hablo de una representación abierta por supuesto, hay

una construcción de sentido de lo que se está haciendo y ahí cualquier cosa puede significar cualquier cosa porque el sostén es el vínculo, de eso estamos hablando. Es lo que cura, dijo alguien, es lo que cura y lo que sana.

No estamos hablando de una construcción semiológica de gente que compone música que no es mi ámbito, en lo más mínimo. Estamos hablando de una construcción de sentido o de discurso de gente que se vincula. Yo creo que el tándem ahí es la emoción y el símbolo, la base es el vínculo.

10- ¿Cuáles son los aspectos/rasgos/características que identificás en una producción sonora? (desde un orden técnico, vinculado al sonido)

Yo creo el entendimiento de los parámetros del sonido. Comprender a la duración como la construcción en el tiempo. El tema del tiempo me parece que es fundamental en cuanto al tema de congeniar o separar según las alternancias. Entender el valor espacial de la melodía. El valor que le da a la corporeidad de lo melódico y el aspecto de la emotividad del timbre. Para mí tiene que ver con eso.

A ver... la intensidad es la intensidad de la relación. A mí Elcira Belloc me dijo una vez que el volumen es solamente electrónico. Nosotros no producimos volumen, nosotros producimos intensidad. El volumen es una cuestión en la que intervienen otro tipo de factores. Lo humano es la intensidad. Pero más allá que es la potencia que yo entrego en algo y es fundamental para mí, el sonido claramente tiene que ver primero con una producción en el tiempo que es la duración asociada con el ritmo, segundo la espacialidad con todo lo que implica el cuerpo de lo melódico que automáticamente te lleva a incursionar en el espacio y la emotividad más fuerte que para mí es el timbre. El timbre te toca en ese momento, te toca ahí, es directo de alguna manera. Así como el ritmo es corporal, la altura asociada que es la melodía es espacial, para mí el timbre es netamente emocional y hay una lectura de eso que es clara.

P- Me parece muy interesante escucharte citar a Elcira Belloc porque justamente otra de mis entrevistadas es Alejandra Giacobone quien hace mucha referencia a Elcira. Me resulta muy curioso la diferencia entre ambos posicionamientos frente a la escucha.

G- Elcira fue un pilar absoluto. Fue tan bueno para mí supervisar con ella que un día ella me dijo: Acá tenemos que terminar... porque estás tomando un camino...

Ella siempre me escuchó mucho y yo le dediqué varios libros, aparece mucho, pero yo ya estaba tomando un camino que no era el camino de ella. Y ella me lo dijo.

11- ¿De qué formas registrás la producción sonora de la sesión de musicoterapia? (Crónicas, relatos, gráficos, etc.) ¿Con qué finalidad?

Sobre todo, escribo y lo hago en los momentos más importantes. Eso también lo aprendí cuando supervisaba con Elcira. Ella me dijo: Escribí todo porque después te olvidás.

Escribo y me quedo en los detalles.

Ahí te diferencio dos cosas, primero escribo en función de las particularidades de una persona, pero también escribo para conceptualizar. Después abstraigo de eso y busco relación con lo que ya escribí antes.

Como yo trabajo principalmente en niños, la finalidad es por un lado acordarme de todo lo que pasó y no perderme los detalles que son fundamentales y en segunda instancia es para que los padres tengan una comunicación clara de lo que yo les quiero decir. Cuando a los padres les hablo como musicoterapeuta, muchas veces la respuesta de ellos es qué lindo que es escuchar esto de mi hijo y no escuchar hablar de traumas, conflictos, complejos.

12.a- ¿Grabás o filmás las producciones de la clínica? ¿Con qué finalidad?

Te cuento lo que me pasó el otro día. El otro día con este nene apareció algo y yo me dije esto no lo puedo dejar pasar sobre todo por los padres y porque no vive acá, vive a 100km y viene cada 15 días. Él tiene un equipo en donde ellos viven.

Cuando yo fui a buscar el teléfono para grabar, el chico se fue para otro lado. Ahí fui medio directivo. No, no, no, le dije, ¡volvó acá!... y volvió a hacer lo mismo e hice una grabación de 5 minutos con todo un juego rítmico donde el chico a partir del ritmo melódico empieza a jugar, a repetir un juego, se queda un rato haciendo lo mismo cosa que no hacía nunca. Había encontrado ese cuadrado que se encastra que tiene todas las formas de diferentes colores y armamos una canción con eso. El sostén de las dos cosas era la canción con eso que él armaba y lo filmé, pero lo filmé para dárselo a la madre porque quería que lo vea, que vea como era un poco el tema de la construcción del lenguaje porque ahí, al final de la canción terminaba: ¡éste! Y yo le cantaba algo y él me decía: ¡éste! En un momento hubo un silencio larguísimo y después el comenzó a hablar en una jerga diferente a cada uno de los seis. Yo no lo podía creer. Y lo grabé para tenerlo, pero yo no suelo grabar.

Tampoco me interesa esto de tener que mostrar. Yo relato. Creo que lo hago y lo hago bastante real, como fue. Yo relato las situaciones porque es más importante lo que yo le pueda poner al relato que lo que se pueda ver. Porque lo que se pueda ver... vos no estabas ahí y no sentís los olores, ni el ambiente, ni nada. Yo prefiero transpirar el relato por así decirlo.

No siento que sea lo que yo hago, yo no filmo las sesiones para ver en qué momento...

12.b- ¿Qué aporta y qué se pierde en la escucha de una producción sonora grabada?

Mirá, lo contesto por este lado. Esto lo digo con humildad. Yo en mi consultorio privado tengo atendido más de 1000 niños reales. El otro día me puse a pensar ¿cómo hago yo mi trabajo? A veces hablo con gente joven que me dice que no se anima a la clínica. ¿Yo cómo hago? La verdad es que me sale, yo lo tengo que pensar por ahí. El trabajo a mí me sale y se ve que me sale bien porque los chicos cambian rapidísimo. Por supuesto que pienso algunas cosas sobre todo cuando algunas cosas no van bien. Por ahí hay algún paciente o algún niño que te da más trabajo que otro, pero en realidad intento hacer una retrospectiva de todo lo que hago y jamás en mi vida tuve ningún problema en el consultorio después de atender a un niño, jamás un padre vino a quejarse. Vivo en un lugar chico donde las derivaciones me llegan: vengo acá porque me hablaron 4 personas de vos...

Esto lo digo con humildad... además son 40 años... No puedo contestar más que eso.

13-¿Qué herramientas te resultan útiles para el análisis de las producciones sonoras?

Tomando lo anterior lo que te quiero decir es lo siguiente: la revisión que yo hago es en el momento.

Eso de grabarme yo ya lo he hecho, quiero que se entienda bien la respuesta anterior, fue una etapa y siento que ya no lo necesito. Igualmente, yo me permito emocionarme ¿estamos?

Lo que sí a veces trabajo mucho en el plano personal. Me ha pasado y me han hablado de esto en relación a mi voz. Sé que tengo una voz particular en función a la presencia y a veces quiero manejarla porque me doy cuenta que por ahí un tono que para mí es normal para alguien puede ser demasiado fuerte.

En el juego de la clínica yo no me grabo más, ni paso por ahí. A ver... lo digo de esta manera: Es en los efectos del otro. Siempre le pregunto al chico cómo la pasó y creo que en esa respuesta está un poco la grabación de la sesión.

Es en el momento. Es todo. Es la actitud, es las ganas, no solo sonoro, es el cuerpo, la mirada, es la situación social. Es todo lo que de alguna manera pasa en ese momento.

Por ejemplo, recuerdo el relato de Jonás, está en Escuchar a los niños. Jonás era un niño con problemas de conducta. Lo cuento un poquito: el chico me pide cantar con el micrófono. Era un nene que tenía muy poca atención familiar, de un pueblo muy chiquito. Entonces yo le pongo algunos límites como cantar, pero compartiendo. Él agarra el micrófono y empieza a cantar, después a insultar y se arma un lío muy grande. Ahí me pasa algo muy fuerte en el campo educativo. Yo en esa escuela era maestro de música, aunque evidentemente hacía otras cosas. La escuela lo sabía y quería que las haga, querían una visión más preventiva. A veces yo trabajaba en grupos aparte con chicos con problemas de conducta.

En el momento en el que él empieza a cantar e insulta y todo lo demás, yo tuve un ida y vuelta donde analicé y donde me dije: ¡al cuerno! ¿Al final para qué le di bolilla al chico y todo lo demás?

Cuando cuento esto en los congresos a los docentes les gusta mucho porque se sienten muy identificados. Me hago la pregunta que muchas veces los maestros se hacen en el aula. ¿Para qué cambié el programa? ¿Para qué escuché a este chico? ¿Para qué le di espacio? ¿Para qué?

Y cuando estaba pensando esto racionalmente (quizás esto conteste la pregunta) y estaba pensando desde la razón, mientras me decía ¡ves! Vos cambiaste la actividad porque el chico te pidió y al final ahora todo es un lío, todos se ríen, el chico insultó...

Cuando estaba en el medio del análisis intelectual de la situación, salió el análisis jocoso y pensé: ¡Ah! ¿Vos sos divertido? Yo también soy divertido... Entonces ahí vino el análisis, la síntesis y la respuesta. ¿Cuál fue la respuesta?: ¿Quién quiere cantar con el micrófono? Todos querían cantar con el micrófono.

Entonces Jonás se había ido del aula. No había problema con eso porque esto es en un pueblo de 6000 habitantes. El aula vivía con la puerta abierta, entraba y salía cualquiera. Es otra realidad la de la Ciudad de Buenos Aires, yo viví ahí 30 años y sé que es otra realidad. Este lugar que te digo no es la ciudad donde yo vivo sino un pueblo cercano que queda a 30 km. Yo vivo en una ciudad de 60000 habitantes y esto tiene 6000. Jonás no podía ir a ningún lado, además yo sabía que iba a volver.

Y cual musas que cantan a Ulises en el Mar los chicos empezaron a cantar y Jonás apareció con la nariz en el vidrio. Ese es el momento en que lo miro y él sale corriendo. De esa manera yo aprendo y me digo: no lo mires. Cuando volvió a aparecer no lo miré y empezó a entrar. Nos mirábamos de costado nomás. Ahí es donde de alguna manera hay un análisis de la situación.

Yo creo que uno percibe todo, lo intelectual, lo emocional, la risa, el cuerpo, la presencia, las ganas. Uno con el tiempo empieza a leer otro tipo de cuestiones, pero el análisis es de todo.

Esto fue un trauma que tuvimos los musicoterapeutas al comienzo, donde todo tenía que ser sonoro. No, el chico es un chico. Yo también tengo en el consultorio pelotas, autos, juegos, un castillo. Mi propuesta es con el sonido, pero un chico es un chico y si quiere jugar con una pelota no le podés decir ¡no nene! Para eso tenés que ir a una psicomotricista. La situación es ahí en ese momento con vos.

14- ¿Quisieras compartir alguna idea, pensamiento, reflexión, asociación, experiencia en relación a la escucha de la producción sonora en la clínica?

Yo creo que escuchar es una responsabilidad absoluta y aparte creo que es lo que nos diferencia. Nos diferencia también del psicólogo, escuchamos cosas distintas.

Me parece que acá es importante aclarar esto. El psicólogo o el que se especializa en escuchar la palabra construye una escucha desde los conceptos, necesita conceptos previos: la represión, el complejo de Edipo, la constitución del inconsciente. Nosotros escuchamos otra cosa o deberíamos escuchar otra cosa. Nosotros escuchamos formas que es otro lenguaje y que es el lenguaje primario. Alejandra Giacobone junto a Luciana Licastro están haciendo un trabajo desde hace años sobre la musicalidad primordial y me parece que es tremendo, tremendo lo que están trabajando. Yo lo veo un poco de costado porque estamos juntos como equipo en MIN. El trabajo de la musicalidad primordial entendiendo, como dice ella, que los aspectos semióticos del lenguaje verbal vienen de una construcción netamente musical habla a las claras de cómo se significan las relaciones. Entonces todo este valor de lo musical no es un acompañamiento sino la construcción de los primeros vínculos. Vos sos madre, yo tengo tres hijos y lo he visto en mi esposa, esta cuestión natural del canturreo de la madre, del balanceo, de lo musical que surge inmediatamente y esta cuestión de que el niño o el bebé lo primero que escucha son las variables sonoras de la madre evidentemente dan a entender que hay que escuchar todo eso claramente.

Yo siempre doy el mismo ejemplo. Es tan fuerte esto que hasta cuando vos leés en voz baja estás escuchando, es imposible leer algo sin escuchar. Entonces me parece que de alguna manera escuchar es una responsabilidad enorme. Nosotros los musicoterapeutas sobre todo escuchamos los aspectos formales del lenguaje en algo tan primordial como lo rítmico- sonoro- corporal entonces me parece que la formación que el musicoterapeuta tenga en su escucha es su acto de profesionalidad y escuchar tiene que ver sobre todo con la empatía y con algo que yo también

trabajé en Escuchar a los niños y es la convicción de que no sé lo que voy a escuchar... porque hay gente que sabe lo que va a escuchar y no escucha.

ENTREVISTA A ALEJANDRA GIACOBONE

-Fecha: **20/09/2021**

P- ¿En qué Institución te formaste como Musicoterapeuta y en qué año te graduaste?

A-Yo me gradué en la Universidad del Salvador en el año '86, en la época en que era la única formación académica en Musicoterapia que había en el país. En el año '66 se abre la carrera.

Recién a partir del año 93 y 94 se crean la de la UBA y la de la UAI.

Mi formación fue en la USAL. Allí tuve la dicha y el honor de cursar la mitad de la carrera con la dirección de Elcira Belloc. Ella fue la musicoterapeuta con la que yo después me seguí formando en la escucha trabajada. El desarrollo que yo hago de la escucha trabajada está basado en esa formación que fue cuerpo a cuerpo, oreja a oreja. Ese fue un aprendizaje muy musicoterapéutico, muy ahí in situ. No hay producción teórica escrita publicada de Elcira. Lo que si hay es la producción de los que nos formamos con ella que hasta hace 4 o 5 años seguimos estudiando, supervisando y profundizado en sus grupos de estudio y supervisión clínica.

Después de recibirme hice varias cosas. Hice un posgrado en observación de bebés con el método Esther Bick de la Tavistock Clinic, enmarcada en toda la línea post winnicottiana y del psicoanálisis inglés. Estudié un montón de otras cosas porque me dediqué mucho tiempo a niños muy pequeños con problemáticas neuromotoras. A partir de esto me fui interesando más que nunca por la salud mental del niño pequeño con dificultad neuromotriz y así fui entrando en el campo de la primerísima infancia del que no me fui más.

Estudié estimulación temprana, soy estimuladora temprana por la UTN. También estudié neurodesarrollo, procesamiento y abordajes sensoriales, funcionamiento, patologías y tratamientos neurológicos, corrientes psicoanalíticas. Profundicé en un montón de asuntos y nociones referidas a las infancias con y sin problemáticas y he trabajado muchísimo en ese campo.

A medida que fueron pasando los años me fui dedicando mucho también al trabajo en todo lo que tiene que ver con lo preventivo y en la promoción de la salud desde la conceptualización musicoterapéutica. Esto me convoca hasta el día de hoy. Yo no lo nomino Musicoterapia Comunitaria, sino que lo considero un Área de la Promoción de Salud desde la Musicoterapia. También tengo mucho estudio y mucho trabajo en relación a lo legal y a lo normativo en Musicoterapia, en Discapacidad y en Salud.

Desde hace mucho tiempo, creo que más o menos a partir de los 10 años de recibida (ya llevo como 35), me involucro con lo que tiene que ver con la inclusión de la Musicoterapia en el

Sistema de Salud Argentino. Para eso tuve que estudiar el Sistema de Salud, el Sistema de Discapacidad, el Sistema Legal General de la Medicina y de las profesiones no médicas. Participé activamente en todo lo que tiene que ver con la Ley de Ejercicio Profesional y la inclusión en las Obras Sociales. En eso sigo trabajando porque me interesa muchísimo. Otra cosa que me interesa profundamente es la Perspectiva de Derechos. Por eso cuando actualmente me preguntan cómo me defino digo que soy Musicoterapeuta Clínica dedicada al abordaje de las Infancias con Perspectiva de Derechos. Esto último lo aclaro porque es mucho más complejo que conocer los Derechos del Niño.

Otra cosa que hago muchísimo y que disfruto un montón es supervisar. Yo superviso a nivel privado hace muchos años, superviso equipos, equipos interdisciplinarios, profesionales uno a uno, pero algo que hago hace mucho tiempo es la supervisión de equipos de Musicoterapia en Salud Pública. Esto es algo que a mí me enriquece muchísimo, me encanta hacerlo, aprendo un montón porque supervisar la clínica cuando uno hace mucha clínica también es una manera de reciclar la propia clínica. En este momento superviso el Hospital Gutiérrez desde hace un montón de tiempo, el equipo de Musicoterapia del Tornú y desde este año el Tobar García. El zoom ha ayudado a facilitar mucho estas cosas. También superviso el Centro de Desarrollo Infantil el Nido que es de Salud Pública en tercer nivel de atención y depende del Municipio de San Isidro y el Servicio de Musicoterapia del Hospital de niños Ludovica de la Plata. O sea, todos los servicios vinculados a infancias. Esta es una tarea que me encanta hacer.

Después doy charlas, conferencias, cursos y otras cosas, pero en lo clínico esos son mis ámbitos.

P- ¿Qué formación tenés en otras áreas vinculadas al sonido y la música?

A-Yo llego a la música a través de la danza. Es desde ese recorrido que puedo decir que la musicalidad primordial es lo que da origen a cualquiera de las artes temporales.

Mi formación inicial fue en la danza. Mientras me iba formando simultáneamente como bailarina clásica y contemporánea empecé a estudiar piano. Mi mamá era cantante lírica y tocaba el piano y a mí me encantaba. Yo estudié piano fundamentalmente porque me interesaba saber música para bailar mejor. En realidad, un buen bailarín tiene que saber mucha música, aunque hay muchos que no lo saben porque tienen un sentido rítmico propio. Todo lo que tenga que ver con los patrones rítmicos es lo más cercano a la danza, pero poder interpretar motivos melódicos es también todo un tema complejo. Me fui acercando a la música a partir de esa motivación. Estudié piano y canto.

Yo soy sampedrino. Mi papá era médico obstetra. Como ves los bebés y la voz me han impregnado desde mis orígenes. Cuando terminé la secundaria me vine a Buenos Aires, quería estudiar Psicología porque no sabía que existía la carrera de Musicoterapia. Mi idea era estudiar Psicología y aplicar todo eso que a mí me pasaba con la danza, con el cuerpo, con la música, con la voz, con el piano. Cuando estaba haciendo el ingreso a Psicología me entero que existe la carrera de Musicoterapia y ahí me conecté con 2 o 3 musicoterapeutas a los que entrevisté y me cambié de carrera automáticamente. Mi papá me dijo que me podía pagar los estudios porque había una diferencia económica entre estudiar Psicología en la UBA y Musicoterapia en el Salvador.

Yo siento que tuve muy definido desde temprano el núcleo de la Musicoterapia. Obviamente trabajo muy diferente ahora que al principio, pero a mí no se me armaban tantas dudas como yo sentía que se le armaban a mucha gente en relación a qué somos ¿somos músicos que aplicamos música?

Como ya venía de otra experiencia entonces para mí era hacer trama con la Salud en general, con la Salud Mental en particular y con todas esas experiencias que las personas tenemos con las artes temporales. Ahora lo digo de este modo, cuando tenía 18 años no lo decía de esta manera, pero lo que sentía en ese entonces tiene mucho que ver con lo que yo hoy por hoy hago.

P- ¿Ejercés la docencia?

A-Yo fui docente en la USAL. Me recibí y al poco tiempo me llamaron para coordinar prácticas clínicas. Fui tutora de prácticas con un diseño muy lindo que había armado en ese momento.

También formé parte de AMURA, la Asociación de Musicoterapeutas de la República Argentina que fue el primer lugar que me metí a nivel gremial profesional cuando me recibí. Allí empezamos a hacer jornadas de todo tipo, científicas y demás y mientras iba creciendo esa asociación aparece la oportunidad de diseñar una carrera en Rosario que había surgido en un terciario. Necesitábamos que pasara a tener categoría universitaria. Así que yo formé parte de los inicios del diseño de la carrera de la UAI, del equipo, del cuerpo docente inicial. Luego di clases durante muchos años en la UAI Rosario y también en la UAI Buenos Aires hasta que en un momento consideré que ya había finalizado esa etapa en esa universidad, con ese grupo de colegas y me abrí de la docencia formal.

Hasta el día de hoy me siguen invitando a dar clases. Yo doy clases por todos lados. Me llaman de la UBA, de la UAI, del Forum Infancias. Doy muchas clases en posgrados, por ejemplo me invitaron el mes que viene al posgrado de la UBA de Psicoanálisis de niños a una clase

interdisciplinaria. Tanto en lo disciplinario como en lo interdisciplinario yo circulo mucho, me convocan y voy y me encanta. Entonces de esta manera sigo haciendo mucha tarea docente en el ámbito privado y en el público.

P- También se podría decir que trabajás en la divulgación de la disciplina. Yo te escuché en varios programas de radio y te leí en varias entrevistas.

A-Sí, me han hecho un montón de entrevistas gráficas y en radios.

A mí me parece que hay un núcleo fundamental en lo que es la Promoción de Salud que más que tener que ver con lo que yo vaya a hacer musicoterapéuticamente es como yo le cuento a los demás lo que descubrí con la Musicoterapia. La idea es que la gente escuche eso, no para que hagan Musicoterapia sino para que le presten atención.

Si yo no difundo, no divulgo, no le hago llegar a un cuidador la importancia que tiene el modo relacional, el modo entonacional con el que se dirigen a un bebé, difícilmente lo consideren y sigan creyendo que lo importante es lo que se le dice. Entonces uno escucha que al bebé hay que hablarle y abrazarlo. Sí, pero depende de cómo lo abrases y depende cómo le hables. No alcanza con llenar al bebé de palabras sin poner en juego la intencionalidad afectiva que se filtra y se expresa en los modos entonacionales, en el patrón rítmico aún sin conocer la existencia del maternés y tantas cosas que he ido aprendiendo.

Por todo esto intento llegar de manera comunitaria, llegar a la comunidad más allá de lo que yo haga. La divulgación para mí es muy cercana al trabajo en Promoción de la Salud. Yo doy muchos talleres, me llaman a dar muchos talleres sobre comunicación temprana, cuidados tempranos, vínculos tempranos para cuidadores de niños pequeños.

Cada vez que me hacen una nota o algo por el estilo yo trato de hacer llegar estas ideas. Son ideas que tampoco son tan mías. Yo las fui formalizando. Lo que yo hice fue sistematizar algo que hacen muchos musicoterapeutas, no todos, pero es algo que hacen muchos. Entonces si tengo la oportunidad de sistematizarlo, de encontrar las palabras para transmitirlo también es en parte mi deber poder hacerlo llegar para la mejor calidad de vida de los niños y de los vínculos. Así que sí, divulgo.

1- ¿Cuál es tu orientación o desde qué posición teórica llevás a cabo el ejercicio de la Musicoterapia?

A-Esta pregunta yo siempre la respondo diciendo que ejerzo la Musicoterapia desde un posicionamiento porque decir marco teórico es un poco como quedar muy ligado, muy pegado a la Psicología. El hecho de que muchas carreras de Musicoterapia estén dentro de Facultades de Psicología hace que los musicoterapeutas piensen que tienen que definir su marco teórico como lo definen los psicólogos, desde el psicoanálisis, desde el conductismo, desde la teoría sistémica, desde la neuropsicología... Yo no acuerdo con la Musicoterapia Psicoanalítica, por ejemplo, creo que es una antigüedad o mismo la Musicoterapia basada en las Neurociencias también me parece una antigüedad, no por lo que trabaja en sí sino porque no es necesario posicionarse teóricamente en el armado teórico de otra disciplina. Esto no quiere decir que no lea Psicoanálisis o Neurociencias. A mí las Neurociencias me apasionan. Las investigaciones que se hacen me parecen maravillosas mientras no vulneren los derechos de las personas. El Psicoanálisis tiene muchísimo para aportar, pero sostengo que definirse como una musicoterapeuta que trabaja desde el marco psicoanalítico es negar a la Musicoterapia su autonomía. Por eso no voy a hablar nunca desde ese lugar pero lo aclaro porque creo que es necesario y porque todavía tenemos gente muy joven que se está posicionando ahí porque siente que no se puede encontrar en otro lado. Que no confía en la autonomía conceptual de su profesión.

Tampoco hay dentro de la Musicoterapia tantas líneas teóricas, conceptuales profundas como para decir mi marco teórico es la Musicoterapia Dinámica o el método Nordoff Robbins. Hay modelos, hay métodos, están los métodos reconocidos por la World Federation que tampoco me merece demasiado respeto porque hay cosas que no acuerdo para nada y que de hecho fomenta la práctica de personas sin formación académica que yo creo que es algo que hay que desterrar. Los musicoterapeutas deben tener formación académica. No sirve hacer un cursito, agarrar un tambor y pasarlo por arriba de una persona. Esto es algo que ya debería ser inaceptable.

Hablar de posicionamiento no es lo mismo que postura. El posicionamiento es móvil. Uno para posicionarse no está siempre igual, está acá pero se acomoda y vuelve a encontrar el equilibrio.

Postura es esto, estoy en una postura (se queda fija). Ahora el posicionamiento es como estar siempre en la búsqueda de un equilibrio para una postura que jamás voy a conseguir. El posicionamiento va a hacer que me vaya nutriendo. El posicionamiento clínico para mí es el núcleo de la Musicoterapia en la escucha y no en el sonido. La clave está en la escucha no en el sonido. Desde esta perspectiva para mí la Musicoterapia se distingue profundamente de la terapia musical. La Musicoterapia no es aplicar música, ni es el uso de la música y sus elementos con una modalidad criteriosa para beneficiar a las personas, sino que es un modo muy específico de formarse en la escucha para que la intervención tenga su especificidad que es musicoterapéutica. Mi posicionamiento es ese. Todo esto también tiene que ver con un posicionamiento ético, con un

posicionamiento bioético y también con un posicionamiento legal y de derechos. Si yo trabajo con niños parte de mi posicionamiento es un profundo conocimiento acerca de los Derechos de los Niños, de los Derechos de los Niños con Discapacidad, de la protección de los Derechos de los Niños, de la Ley de los primeros mil días, de los primeros mil días a nivel de la OMS, a nivel de UNICEF, de los determinantes socioambientales, culturales. Hay un montón de dimensiones y variables a considerar. El posicionamiento se va nutriendo de un montón de conocimientos y todos los conocimientos juntos en relación al núcleo que es la escucha trabajada.

2- De acuerdo a tu experiencia ¿Cómo describirías la escucha en la clínica musicoterapéutica?

A-En principio la escucha es un sustantivo. Yo creo que los musicoterapeutas como profesionales de la salud lo que en general hacen es escuchar que es un verbo porque justamente es una acción. Hay una actitud de escucha, hay un ejercicio de escucha. Ejercer la escucha en musicoterapia tiene que ver con una posición que te permita estar abierto a la producción y al enlace de los objetos sonoros a los que les doy sentido. Acá vale una aclaración porque me sirvo de hipótesis auxiliares en relación a lo que refiere al objeto sonoro.

Yo me formé con Elcira, ella a su vez estudió con Pierre Schaeffer entonces tiene toda la línea de la música concreta. Hay un lugar desde donde esto se piensa, no es que lo inventé yo. ¿Por qué digo esto? Porque en ese punto sí coincido en que a lo que le hago escucha es a la relación, a la organización que existe en la producción discursiva de un sujeto entre los objetos sonoros que no son las fuentes. Las fuentes sonoras son las fuentes. Los instrumentos musicales en sesión de Musicoterapia son fuentes, no solamente son fuentes, sino que son objetos que se libidinizan y con esto también tomo cuestiones del Psicoanálisis en función de la escucha que yo les doy en la clínica musicoterapéutica.

Escuchar musicoterapéuticamente es hacer del decir un lenguaje.

Cuando escucho la producción de un paciente, primero lo considero un productor de discurso estético. En esto coincido totalmente con la conceptualización de Gustavo Rodríguez Espada.

Yo considero que el sujeto es un productor de discurso y que el discurso estético es primordial, es principal, nos trasciende y es muy anterior al lenguaje verbal. No estoy hablando de lenguaje verbal. La escucha de esa organización discursiva va a hacer que eso que el otro dice tenga categoría de lenguaje. Entonces no escucho ruidos, siempre voy a escuchar sonidos. Cuando un musicoterapeuta escucha ruidos realmente es una sonoridad no deseada que el musicoterapeuta

tiene que preguntarse por qué no la soporta. Por eso otros profesionales pueden decir “el bebé hacía ruiditos”. Un musicoterapeuta no puede decir que un bebé hacía ruiditos. Ruiditos hacen las llaves ¡qué se yo! Ruiditos hace algo que se me cayó, pero las personas no hacemos ruiditos, hacemos sonidos y tiene que haber alguien que con su escucha le dé sentido.

La palabra sentido, la palabra discurso, la palabra producción estética... y algo que también tiene que ver con esto y es para mí, también por mi trabajo con niños tan pequeños y niños más grandes que no hablan, pero también en la escucha cotidiana de las personas que se expresan lingüísticamente, hay un corrimiento de la idea de escucha como escucha semántica. Los musicoterapeutas venimos de una formación en Salud Mental, esto es innegable e inevitable. Si bien también lo cuestiono creo que seguir definiéndonos como trabajadores de la Salud Mental nos sigue dejando encasillados porque trabajamos con la Salud y la Salud es mucho más amplia y compleja que la Salud Mental.

Dentro del campo de la Salud Mental hay una tendencia a comprender la escucha como el acto semántico. Algo como que el ser humano “oye” hasta que un día “escucha” y cuando escucha es cuando entendió las palabras.

Creo que los musicoterapeutas venimos a aportar con esta manera de escuchar la posibilidad de hacer del decir un lenguaje, de dar lugar a la discursividad estética que se juega en toda producción humana, en todo modo de manifestarse y otorgar a la escucha un sentido que no necesariamente tiene que ver con la escucha semántica. Ahí podemos teorizar: el ser humano primero se semiotiza y después se semantiza. Si primero se semiotiza ahí estamos haciendo una escucha porque esa semiotización no desaparece nunca. Ahora mientras vos me escuchás monologar a mí y yo te miro y te escucho, nosotras dos estamos construyendo semióticamente algo que complementa (¡y materializa!) lo que semánticamente estamos conversando.

Por ahí andaría la escucha y el escuchar en Musicoterapia.

P- ¿Qué opinás en relación a la escucha como una acción que trasciende lo sonoro?

A-Yo vengo haciendo un trabajito con esa cuestión a la que todavía no le encontré bien el nombre, pero por el momento le llamo *apreciabilidad*. Viste que es bastante común decir: los observables del desarrollo, los observables de la clínica, los escuchables agrego yo. Cuando escucho a los musicoterapeutas hablar de observables y hablar de mirada es un puñal en el corazón de la teoría musicoterapéutica. Yo no digo que no miremos porque yo estoy mirando, mi cuerpo está en la escena y demás, pero digamos que las palabras que más se acercan a lo que hace un musicoterapeuta son escucha y audición si tuviéramos que decirlo de alguna manera.

Fundamentalmente son escucha y escuchar, no son observable, ni mirada. Eso es más del campo psicoanalítico que como dice una psicoanalista maravillosa, Suzanne Maiello, abusó del nervio óptico para explicar los fenómenos de la subjetividad. Hay un abuso del nervio óptico y el musicoterapeuta que no se alcanza todavía a posicionar como tal, va quedando ahí en la volada del recurso complementario del psicólogo y de ahí sale la mirada del musicoterapeuta. Es una contradicción en sí misma, por un lado.

Por otro lado, en la *escucha trabajada* abordamos esta cuestión. En la formación que uno va haciendo por medio de las sucesivas grabaciones y audiciones, procedimientos tomados de los desarrollos de Schaeffer, hay un gran trabajo acusmático. Se trata de un enorme trabajo con la organización de ese discurso que está muy basado en lo que oigo y en cómo lo tamizo para hacerlo escuchable, más que lo que veo.

Cuando yo grabo a un paciente, grabo pedacitos de su producción, fragmentos, secuencias, y después lo escucho una vez, dos veces, tres veces y escucho 15 veces un fragmento de 3 minutos. Yo ya estoy haciendo una escucha acusmática porque en la escucha reducida el fenómeno ya no se está desarrollando (en tiempo real) y lo que pueda recordar es parcial y aunque tenga un vago recuerdo de la escena transcurrida yo ya me metí en la trama de ese discurso que suena, ya no lo estoy viendo, ni lo estoy sintiendo corporalmente. Ni que hablar cuando esto sucede en una supervisión donde yo escucho lo que grabó el musicoterapeuta. Más acusmático todavía.

Esto me parece interesante decirlo porque la realidad es que en la escucha directa, cuando estoy ahí en la escena clínica, todos mis sentidos están dispuestos a apreciar lo que pasa. Por eso uso la palabra apreciabilidad. Yo aprecio lo que está aconteciendo. No es que lo miro. Lo escucho, lo siento, lo percibo. Apreciar está más cerca de la idea de percibir y también apreciar es darle un valor precioso a eso que está pasando allí. Puede que eso sea horrible en términos de que alguien lo puede estar pasando mal o que se está manifestando con todo su dolor, pero mi capacidad de apreciar puede ayudar a una intervención adecuada.

Por eso coincido en que no somos solamente una oreja, ni somos un aparato sensorio-perceptivo auditivo escuchante. Tenemos una apreciación global, ampliada. De todas maneras, siempre va a faltar algo porque nosotros apreciamos a partir de lo que para uno es precioso y apreciable.

Si ahora ponemos un video de dos minutos de un bebé con su mamá y lo ves vos, dos psicólogos, un neurocognitivo, un kinesiólogo, una fono... cada uno desde su tamiz y desde sus matrices conceptuales va a hacer foco en algo. Va a haber uno que te va a decir: mirá como movía la manito, ¿viste como hacía? movía el dedito... Y por ahí vos ni te diste cuenta de eso y escuchaste que la mamá le gritaba. El otro va a decir: sí, le gritaba, pero ¿viste lo que le decía? Le decía vamos con papá, vamos con papá.

Cada uno pone la oreja, el ojo, la percepción en eso que uno puede comprender o intenta comprender. Por eso coincide con que la escucha es ampliada, pero me parece que habría que ponerle otro nombre. Habría que llamarla apreciación...No sé... Que refiera a una performance compleja e integrada. Por ahí ando pensando.

3- ¿Qué niveles o formas de escucha de la producción sonora identificás en tu tarea como musicoterapeuta?

A-Voy a tratar de encontrar una manera de responder a esto que me planteás.

Lo primero y principal me parece a mí, lo estoy pensando ahora acá con vos, es que habría dos posiciones de escucha claramente diferentes que dependen del lugar en el que yo me ubico. Una es cuando estoy escuchando clínicamente, cuando estoy en posición clínica y la otra cuando estoy. Cuando estoy supervisando, cuando estoy dando una clase, cuando estoy charlando con alguien.

Cuando uno sabe que está dentro de un encuadre. Yo sé que empezó la sesión, recibí al paciente y pueden pasar miles de cosas, que suene el teléfono del padre, que la mamá me pregunte si tengo más papel higiénico porque se acabó en el baño, que el nene llore, pero yo en ese momento estoy ética y profesionalmente situada y ubicada como un profesional de la salud. Soy la terapeuta de esa persona. Cabe aclarar punto uno: la relación es asimétrica. La relación terapéutica es asimétrica y así debe ser. Si voy al médico no quiero que se me haga el amigo, quiero que me atienda. Por eso la relación es asimétrica, él sabe y yo se supone que sé menos. Sino no voy, me quedo en mi casa y me automedico. Con la terapia me parece que pasa lo mismo y a veces esto se desdibuja. Yo puedo ser amorosa, divina, mis pacientes me mandan saludos de feliz cumpleaños, todo hermoso pero la asimetría no se pierde como no se pierde la relación asimétrica de un adulto con un niño. Una cosa es la bidireccionalidad del respeto y otra cosa es la asimetría. La relación con un niño pequeño es asimétrica porque está vulnerable ante mí que soy un adulto de quien depende en parte su cuidado y que carga con responsabilidades.

Dicho esto, y volviendo a la pregunta, creo que hay dos maneras de escuchar. A uno le puede parecer que escucha de todas maneras, aún, cuando van pasando los años y la escucha se pule y vas escuchando más cosas porque estás preparado para eso. Yo voy a ver una película con alguien que no es musicoterapeuta y escucho millones de cosas que el otro no. Uno no lo puede evitar porque es parte del *metier*.

Estas serían como las primeras diferencias. La escucha clínica que es el ejercicio de escucha cuando el encuadre es clínico y cuando estoy posicionada clínicamente es decir siempre que estoy

en funciones profesionales ante un paciente. Por otro lado, la escucha que tengo en general como musicoterapeuta que no me la saco de encima, pero eso no quiere decir que yo trabaje con eso cuando estoy charlando con una amiga.

Dentro de lo que es la escucha profesional me parece que hay como otras subdivisiones posibles. La escucha que interviene y la escucha que me aporta información. Hay una escucha en la que yo siento que voy incorporando datos siempre considerando que son un recorte. Uno sabe que nunca va a escuchar todo, aún cuando lo grabes y lo vuelvas a escuchar. El todo no existe.

Con lo que mejor trabajo es con mi capacidad de escucha. Por eso cuanto más trabajo tenga con mi escucha mejor voy a trabajar con los otros.

Entonces habría como un momento en el que va entrando la data, la información y uno va registrando, separando lo que hay que recordar. A veces es claro, yo siento que hago notas mentales de lo que escucho, de las sonoridades, de los cambios. A veces están mezclados con lo semántico, con lo que escucho en palabras, a veces no. A veces está vinculado a lo que pasa corporalmente y a veces no. Y después hay una escucha que es la escucha que interviene. Hay un momento donde uno produce casi simultáneamente.

Elcira siempre decía que *la intervención es la escucha*. Cuando yo separaba escucha e intervención ella me corregía. La intervención es la escucha. La manera que vos tenés de intervenir es la escucha porque cuando vos escuchás, hacés algo o no para producir una modificación. Yo sigo dudando de esto, no lo tengo tan claro, creo que hay momentos y momentos. A veces en una misma sesión puedo distinguir momentos de escucha receptiva o determinar que estoy interviniendo. Esto ocurre sin proponérmelo y puedo observarlo y distinguirlo en una filmación. La intervención nunca está ajena, siempre está en función de lo que estoy escuchando. A veces es de forma inmediata, escucho algo que activa todo un proceso que puede ser de minutos, horas o meses anteriores. Algo pasa que uno dice es el momento de hacer esto y uno toma la decisión y lo hace. No es que uno escucha... tiempo uno, reflexiona... tiempo 2, interviene... tiempo 3. Eso se produce todo junto.

A grandes rasgos, para no extenderme más, los niveles de escucha serían el profesional y el que me acompaña en la vida que lo voy construyendo todo el tiempo. Y dentro de la escena clínica o terapéutica que no sería lo mismo, pero lo es, los dos niveles que distingo son el de la receptividad y el de la intervención.

4- Para vos ¿Cuál es el objetivo de la escucha en la clínica musicoterapéutica?

A-Justamente hacer del decir un lenguaje. Vuelvo al mismo lugar.

¿Para qué hay un musicoterapeuta? Porque hay alguien que padece o que padeció entonces es necesario que un musicoterapeuta cuente cuáles son las cosas que pueden hacerse para que no se llegue al padecimiento en otras personas a las que les pueda suceder lo mismo.

Fundamentalmente *la potencia de la Musicoterapia es su clínica*. Lo que ha hecho que la Musicoterapia crezca, sea, exista es la clínica por eso hay que cuidarla tanto. Y la clínica no es eso que hacemos un rato con una paciente una vez por semana en un consultorio. La clínica tiene formatos mucho más amplios en el campo de la salud. La clínica es lo que hacen los musicoterapeutas en los hospitales, es lo que se produce en una interconsulta, es lo que se pone a trabajar en un ateneo. La clínica es muy amplia pero no es cualquier cosa. Sobre todo, la clínica es ese lugar donde uno se inclina a escuchar qué es lo que le está pasando al otro para ver de qué manera lo puedo ayudar.

El objetivo de la escucha clínica es decodificar lo que está aconteciendo y qué de eso que acontece produce sufrimiento. Porque ese sufrimiento se está manifestando de algún modo que yo puedo con mi escucha musicoterapéutica identificar y decodificar no para hacerlo encajar en un diagnóstico o en algún lugar teórico. No se traduce. Esto también me parece importante aclarar sino a veces surge esta cosa de ¿cuál es el objetivo de la escucha? Y según como toca de fuerte yo me puedo imaginar lo fuerte que le habrán pegado. No, no es así. No es que traduzco. Entonces si hace Tátata Tátata Tátata Tátata yo escucho y armo y te dibujo y te hago el Hindemith y no... no es eso... Como dice Gauna, es eso Tátata Tátata Tátata Tátata. No lo traduzco a lenguaje musical. Lo incorporo como musicoterapeuta y escucho esta repetición, cuántas veces se produce, de qué manera, por qué con tatata y no con papapa o mamama o con o, con tototo. Empiezo a encontrar los objetos sonoros que forman parte de este acontecimiento. A partir de esto yo pienso que los acontecimientos son sonoros musicales. No son sonoros. Durante mucho tiempo yo hablé de discurso sonoro, de lenguaje sonoro, de expresividad sonora y en los últimos años he dado una vuelta de rosca a esto y con la conceptualización de la *musicalidad primordial* no puedo hablar de algo sonoro si no es sonoro musical porque me parece que inevitablemente todo lo que producimos es sonoro musical. Nada que se produzca en la clínica musicoterapéutica está por fuera de alguna organización sonoro musical cuando uno tiene una idea ampliada de lo que es lo musical que va más allá de la música tonal occidental.

Entonces el objetivo de la escucha sería dar lugar a la producción del otro. Yo tengo algunas frases como: *Ahí donde un niño es apenas oído en su ruido, ahí un musicoterapeuta puede hacer de su decir un lenguaje*.

Esto es claro cuando el otro escucha ruiditos. Te dicen: mirá, te lo derivo porque no habla y hace unos ruiditos. Resulta que el pibe produce un montón de cosas, está tratando de cantar y hay un montón de cuestiones (discursivas) que están armándose ahí.

Creo que el objetivo tiene que ver con estas cosas que estuve diciendo hasta ahora: decodificar un padecimiento, darle lugar de decir a eso y sobre todo me parece que el objetivo de la escucha está muy vinculado a ese lugar de la experiencia. *Experimentarse a sí mismo como un ser expresivo y comunicativo*. Para experimentarse a sí mismo expresivo tiene que haber un otro que aloje mi expresividad, que le dé sentido para que yo también pueda ofrecerla y ponerla a circular. Somos en vínculo, eso lo sabemos. No estamos por fuera de lo vincular. Entonces un ser expresivo y comunicativo se experimenta y para experimentarse es necesario un armado vincular. Por eso hablo de lo importante de conocer y estudiar epigenética y de un montón de cosas que tienen que ver con la experiencia humana. Creo que el objetivo de la escucha estaría ligado a eso, a producir la oportunidad de experimentarse a sí mismo porque yo también me experimento a mí misma en un armado vincular con otro cuando alojo su expresividad.

5- ¿De qué maneras trabajás, entrenás, ejercitás o preparás la escucha en función de tu tarea como musicoterapeuta?

A-Con tiempo y dedicación.

A medida que van pasando los años siguiendo un poco los pasos de mi Maestra voy formando gente. Con el tiempo me fui dando cuenta de por qué Elcira transmitió de ese modo esta manera de escuchar. Ese aprendizaje lleva tiempo y dedicación y se aprende de la misma manera que se aprende la clínica, haciendo. No hay un curso intensivo de Musicoterapia clínica de niños donde cursas todos los días de la semana 8 hs por día y salís clínico de niños. No, hay una hora de vuelo que hay que adquirirla ahí escuchando. La escucha se aprende escuchando. Hay algunos procedimientos, yo no los llamaría métodos, son procedimientos que ayudan a aprender la escucha. Para mí esos procedimientos son la grabación y la supervisión, el trabajo con otros, el ejercicio clínico compartido.

Quiero aclarar que cuando hablo de supervisión me refiero a un ejercicio clínico compartido. No es que lo nombro de esa manera porque soy una antigua. Lo nombro de esa manera porque todos nos entendemos con esa palabra. Entiendo la supervisión como me lo transmitió mi Maestra. Los espacios de supervisión con Elcira desde hace más de 25 años eran en grupo. Si yo quería, la llamaba y supervisaba un caso como hoy yo superviso a un montón de personas, pero donde más se aprende es en el grupo de supervisión. Hoy en día trabajo de la misma forma que ella. Yo me

ocupo de organizar y coordinar el grupo. En cada encuentro uno de los integrantes supervisa y todos los demás escuchan y aportan. Es un ejercicio clínico compartido. Para eso es necesario que el grupo respete la privacidad y debe tener cohesión porque uno se expone en su tarea, no es un ateneo que estás haciendo o la presentación de un caso clínico donde uno lo acomoda más o menos. No, no, acá es como tirar la carne al asador con lo que te pasó, con lo que no te pasó, con lo que te angustió, con lo que no sabías que hacer.

Pienso que fundamentalmente la formación en la escucha trabajada tiene que ver con tiempo y disponibilidad para hacer este procedimiento de grabar. Hay que aprender a grabar también. Uno empieza y graba todo. Al principio yo grababa todo y no lo escuchaba nunca. ¿Cómo hacés para escucharlo? Viste 5 pacientes en el día. Grabaste 5 horas. ¿Cuándo escuchás las 5 horas?

Esto lo podés hacer con un paciente al que le querés hacer un seguimiento, pero después en la realidad es imposible atender el consultorio todos los días y grabar todas las sesiones y escucharlas. Después uno aprende a soltar, no lo digo en el sentido new age, me refiero a aceptar que uno no necesariamente tiene que grabar todo, ni retener todo, ni acordarse de todo. Hay que confiar en por qué uno dice voy a poner a grabar ahora, y grabé. Yo en general grabo digital no grabo con el celular. Prefiero apagar el celular o tenerlo en silencio porque siempre te suena una notificación o algo y además los chicos quieren agarrarlo. Yo el celular lo tengo en segundo plano. Para todo lo que sea pasar música grabada uso una computadora conectada a un amplificador. Esto no le atrae a nadie (me muestra el pequeño dispositivo), lo llevo en el bolsillo del ambo, los pibes ven esto y no les importa nada. Entonces grabo. A veces grabo 10 minutos, por ahí grabo un minuto, por ahí hice 5 grabaciones en distintos momentos de la sesión. Después a lo mejor tiro todo y guardo un minuto que me parece interesante y eso que elijo lo empiezo a escuchar varias veces.

En las supervisiones para aprender *escucha trabajada* un audio de un minuto de duración se escucha por lo menos 4 veces. Es todo un aprendizaje aprender a grabar poco, fragmentos sonoros precisos y luego escucharlos muchas veces. La idea es aprender a escuchar y a identificar qué hay ahí. Con esa práctica va quedando, se va sedimentando esa formación. Es como manejar. Si vos manejás mucho un día te subís al auto y vas y te metiste en el barro y se te ocurre como salir, aunque nunca antes te haya pasado. Ahora si vos manejás una vez por año cada vez que agarres el auto va a ser como empezar de nuevo. Esto no es un piloto automático es aprender a qué le hago foco cuando grabo. No necesariamente hay que grabar en el ejercicio clínico, pero para formarse en la escucha trabajada es necesario este procedimiento de grabar y hacer escucha reducida.

P- ¿Cuándo hablás de escucha reducida hablás en el mismo sentido que Pierre Schaeffer cuando habla de la escucha del objeto sonoro?

A-Sí, sí, sí.

La escucha acusmática está hecha por la escucha directa y la escucha reducida. Lo que pasa que nosotros si bien nos vamos formando en una escucha acústica la realidad es que grabamos en una escucha que no es acusmática porque el fenómeno se está produciendo ahí entonces es escucha directa. Osea, no es la escucha directa de Pitágoras, no es que yo te tapo acá y vos nada más me escuchás. No, la escena está transcurriendo entonces es una escucha directa. Después hago una primera reducción que es fragmentar lo que decido guardar. Esto también es una decisión clínica como la de intervenir. Uno escucha muchas cosas y de repente uno dice intervengo acá porque uno tiene que elegir. Eso lo hacen todos los clínicos, los psicoanalistas, los fonoaudiólogos. Aunque no lo piensen todos lo hacen, deciden dónde meterse.

Entonces cuando hablo de escucha reducida me refiero a esto, a que yo escucho en otro momento ya de un modo acusmático y entro en esa trama y empiezo a identificar los objetos sonoros que conforman ese fragmento y las relaciones que existen entre esos objetos sonoros.

Uno va haciendo como una transformación porque no es la escucha musical. Schaeffer no dejaba de ser un músico. Él hacía una escucha musical. Yo creo que uno, los musicoterapeutas, hacemos otro tipo de asociaciones cuando escuchamos cómo un objeto sonoro se relaciona con otro y cómo vuelve a aparecer o cómo no vuelve a aparecer. Hacemos asociaciones con un montón de elementos clínicos y contenido clínico que no solamente tiene que ver con nosotros, con lo que hemos relevado sino con la tarea interdisciplinaria que también es todo un temón en el mundo de la clínica sobre todo hoy. Desde hace rato sabemos que si la clínica no es interdisciplinaria a las personas les va a llevar mucho más tiempo mejorarse.

P- En relación a todo esto tengo dos inquietudes.

9- ¿Qué escuchás en una producción sonora en relación a un orden más semiológico? Me refiero a signos, índices, pistas...

10- Y por otro lado qué escuchás en relación al aspecto más técnico, a los rasgos o características vinculadas al sonido.

A-En relación a lo más técnico quiero aclarar que hay una formación en lo que se oye porque estamos hablando de esta escucha reducida en la que yo me pongo a oír.

El modo en el que los musicoterapeutas nos podemos ir formando en estas minuciosidades, en estos detalles, en esta escucha detallada es transferible a otras apreciabilidades, no es solamente en lo audible. Hay producciones que realizan algunos pacientes en las que no hay demasiada sonoridad, por el contrario, hay poca sonoridad y uno formado en la escucha trabajada le encuentra

sentido a esos modos de moverse. Uno activa otro sensorio como es la vista y también el cuerpo. A veces uno está sentado en el consultorio y el paciente se te acerca, pero se te acerca con un patrón rítmico, no se te acerca de cualquier manera. Uno empieza a tener esa lógica del hacer del decir un lenguaje y uno puede escuchar música cuando funciona el lavarropas porque uno ordena el sonido. Yo no puedo dejar de ordenar todo lo que suena. A lo que suena yo le encuentro algún sentido. Con niños que por ahí no tienen una gran producción sonora o a veces casi nula, uno empieza a ubicar que hay como una manera, hay una estructura, una organización. Uno transfiere esa apreciación de lo audible también a otros fenómenos que no necesariamente son audibles en el sentido decibeliano de la palabra.

Aquí me parece acertado citar a Elcira:

"El ser humano produce, escucha, da sentido, transforma, pone en movimiento el sonido. Algo de su lugar en el mundo, de su relación con los otros, se pone en escena en toda producción.

El lugar del Musicoterapeuta es ofrecer las condiciones necesarias para iniciar, continuar, sostener una producción creativa del paciente en el proceso de construcción de sí mismo. Si las acciones del paciente van tomando sentido simbólico él podrá ubicarse como sujeto. Protagonista de hacer y decir, historiador de su propia producción. Las intervenciones se orientan a ubicar estas propias producciones en una escena lúdica para que se deslicen diversidad de sentidos posibles.
(Elcira Belloc)

Escuchar es inseparable de hacerse escuchar (P. Schaeffer)"

P-En relación a un orden más semiológico de la escucha. Me refiero a signos o índices de una producción sonora. ¿Buscás algo de este orden con tu escucha?

A-¿Esta pregunta está vinculada a si yo construyo una semiología para ubicar qué características de lo que suena o aprecio se vincularían a determinadas problemáticas?

Porque viste que en lo sanitario la semiología siempre va muy ligada a la identificación de no sé... un tono alto como dice el psicomotricista, el tono muscular alto es signo de hipertonía entonces en la semiología psicomotricista... En Musicoterapia sería el tono agudo de la voz materna podría asociarse con una mujer que está contrarrestando el puerperio...No sé...

P- Podría ser si tu línea fuese algo así, pero vos no trabajás de esa manera. Lo que te pregunto es cuáles serían los índices que te permiten una producción de sentido.

Las relaciones. La relación de lo que estoy escuchando, la relación que tiene una cosa con otra. Esto es una posición que sostengo no solamente en Musicoterapia, te diría que hasta en la vida. Relacionar las cosas, nada es fortuito. Siempre algo provoca que otra cosa suceda y está relacionado por oposición, por contraste, por similitud, por semejanza, por diferencias. Tengo una modalidad en mi escucha muy parecida a la que tengo en mi vida. Estas son las leyes del discurso: ¿cuáles son las leyes básicas de un discurso? ¿Cómo hacemos los seres humanos para vivir en el discurso, para habitar lo discursivo? Porque el problema, la enfermedad está cuando no habitamos el discurso. Esto sí es muy psicoanalítico, pero lo he tomado porque a mí me encanta. Una cosa es estar en el lenguaje y otra cosa es estar en el discurso. Vos podés manejar el lenguaje musical a la perfección, pero empezaste a tocar, no escuchaste al otro, no pudiste improvisar y te quedaste solo, tocando como un genio, pero solo porque no pudiste nunca escuchar al otro y el ensamble no se armó jamás. Viste que hay gente que le pasa, que toca maravillosamente y vos decís: ¡wuaw! Van a improvisar y no hay... no había... el saxo se va y queda el pianista solo porque no había con qué.

Esto, por un lado, pero también me parece que hay como una sobredimensión de lo que uno puede apreciar en una situación.

Entonces el discurso es lo que nos hace humanos.

El otro día estaba leyendo una investigación que hasta a los perros los introdujeron en el código lingüístico. Hay todo un método donde los perros señalan pictogramas si quieren comer y que quieren comer, cuando quieren salir a pasear, si quieren hacer pis o caca... ¡pobres bichos! Yo prefiero una vida un poco más natural para el perro y para mí.

Creo que tiene que ver con eso, las leyes del discurso son las que nos rigen, no las del lenguaje. Entonces hay niños que habitan el lenguaje, pero no habitan el discurso. Hay niños que hablan y nominan todo, pero no arman una sola frase, ni conectan con el otro. Y las leyes básicas del discurso para mí son tensión – distensión, antecedente – consecuente. Esas son como lo básico para identificar si hay un discurso. Si es pura tensión no hay discurso, si es pura distensión tampoco. Identificar un antecedente y un consecuente temporal que puede ser hace un rato, hace tres días como te decía antes, eso es relacional.

Entonces creo, si tuviera que ubicar semiológicamente cuáles son los indicadores que me van dando la pauta del proceso de un niño o de una situación clínica o un acontecimiento clínico relevante o no, o una escena sonora o sonoro musical o musicoterapéutica en la clínica tiene que ver con la apreciabilidad del discurso en ese sentido.

Posiblemente, las dimensiones de los *modos expresivos, relacionales y vinculares* que desarrollamos con Luciana Licastro, se aproximen a una semiología.

P-Considerando el aspecto musical, si bien ya me mencionaste algo al respecto, cuáles son los parámetros, variables o los aspectos que considerás.

A-En eso también me ha sido muy útil la teoría schaefferiana por todos estos conceptos de masa, factura, los cuatro tiempos de la escucha, el tipo de objeto sonoro, pero no exclusivamente, no solamente. Eso es algo que me aporta, pero en este punto los parámetros a los que les voy a hacer mayor escucha, o voy a tirar el ancla como diciendo es por acá, también están atravesados por la singularidad de cada experiencia terapéutica.

Porque la clínica musicoterapéutica es singular, no solamente porque la terapeuta que hay es ésta sino también porque yo soy singular con cada paciente. No soy la misma terapeuta con todos. Con cada paciente hay algo que se produce en ese encuentro que hace que ese vínculo tenga sus particularidades. Hay parámetros que se nos hacen más presentes a la escucha, por ejemplo, la intensidad es un parámetro que está ahí. Es como el grito o el silencio y toda la gama intermedia. La densidad cronométrica, el tempo con el que aparecen determinadas cosas, la frecuencia con la que van apareciendo, la velocidad, los cambios de velocidad, la relación entre las velocidades de la producción de los objetos sonoros, la diferencia, los objetos acumulados, los objetos que uno escucha que son como un montón de objetos chiquititos todos en una maraña. Yo a veces me doy cuenta que uso muchas imágenes visuales para entender lo que está sonando o para registrarlo. A veces la manera en que yo lo anoto. Nunca me pasó, pero si alguna vez me piden una fotocopia de la historia clínica yo no sé quién la va a entender, la tengo llena de registros analógicos.

Tengo una parte que la escribo que hace rato ya la informaticé. Entonces voy escribiendo. Cuando termino el día me tomo un ratito para escribir de cada paciente alguna cosa porque después me olvido. Además, tengo una parte en papel porque no puedo graficar en la computadora y a veces necesito poner una palabra, qué se yo, pongo la palabra PÍO y yo ya sé que con esa paciente la palabra PÍO es la canción de Judith Akoshky Pajarito mío. Le hago unas rayitas para arriba y le pongo otras barritas y eso es una partitura analógica para mí. Con eso yo ya me acuerdo qué pasó allí. Y hago flechas y cosas que yo sola me las entiendo. No es que le copié un modelo analógico a alguien, lo hago yo y yo ya sé si se está armando algo, si fue que la velocidad aumentó o disminuyó y si el tempo con el que se manifestó y se movió ese día fue distinto...

Hay como líneas de alto impacto, la intensidad, la densidad cronométrica, los patrones rítmicos. Después hay un montón de otras cosas que son puntuales de cada paciente. Puede ser que lo primero que me impacta más que la intensidad es la textura porque por ahí me llama la atención la textura con la que aparece el ataque de la canción que repite todos los días. En ese caso la

canción ya no importa tanto, lo que me importa es por qué lo ataca con esa textura. Entonces ahí hago oreja y seguramente mi intervención va a estar ligada a eso, pero yo no podría generalizarlo porque yo no sé si otro musicoterapeuta también haría el embudo auditivo ahí.

Pienso también que la identificación del MOTIVO es lo nodal.

Hace unos años inicié un programa de pasantías particulares de forma privada. Se suspendió con la cuarentena, pero ahora lo estoy retomando de a poquito. Estas pasantías programadas están orientadas a aquellos musicoterapeutas interesados en formarse conmigo y a la vez voy preparando gente para mi equipo. El musicoterapeuta tiene que estar conmigo desde la admisión del paciente y por lo menos seis meses del proceso terapéutico. Es un compromiso ético. Yo te incorporo como pasante, tenés que tener el título y tenés que estar disponible a acompañarme en el proceso de determinado paciente desde el minuto uno hasta por lo menos que se cumplan 6 meses. El trabajo fundamental del pasante es apreciar lo que está pasando, intervenir muy poco y dedicarse a registrar mucho. Para ello tiene habilitado escribir, grabar, filmar. Por supuesto que nos ocupamos del consentimiento informado. En estos procesos a mí me llama mucho la atención las diferentes apreciaciones, nunca son en oposición, pero de pronto el fragmento grabado a lo mejor no era el que yo hubiera elegido. Sin embargo, esa persona que está ahí, dispuesta a la escucha y en situación de escucha consideró ese recorte como lo más relevante de la escena. Los dos somos musicoterapeutas y por más que yo tenga más experiencia la diferencia no está ligada a que yo por más experimentada hago una selección de escucha mejor. La selección tiene que ver con lo que a mí más me atrae para decir por acá voy a trabajar y a lo mejor al pasante le pasa por otro lado. Por eso digo que no podría generalizarlo ni sistematizarlo. Lo que creo que se sistematizan son los modos, las cualidades son las que aparecen en el momento.

8- Volviendo a un aspecto de la escucha que ya abordamos: ¿qué relevancia tiene lo sonoro dentro de la producción discursiva en la clínica?

A-La relevancia es que el sonido es sonoro musical, esa es la relevancia. La relevancia que tiene no es solamente que suena. Acá hay un tema interesante para abrir. Si el terapeuta hace solo foco en el sonido parecería que solo trabajamos con lo que suena y yo preguntaría ¿Qué relevancia tiene el silencio? Porque si no hay silencio no hay sonido identificable, pero sobre todo si no hay silencio no hay organización sonora. Para que yo pueda identificar un objeto sonoro tiene que haber algún nivel de pausa sino es un continuo, una iteración interminable, con lo cual si la iteración es interminable no hay discurso, ni siquiera es objeto, es un acontecer que a la escucha no aporta mucho. El sonido en sí tiene sentido en la medida en que varía o que es siempre el mismo,

pero hay pausas que le dan sentido para poderlo ubicar, aunque la organización sea una insoportable regularidad. Suponete ta ta ta ta ta ta ta. Aunque sea una insoportable regularidad tiene que haber microsilenios o macrosilenios que le den sentido a ese sonido. Ahí ya hay musicalidad porque la musicalidad es la organización sonoro temporal. Esto le da sentido a eso que yo puedo escuchar. Es un acto subjetivo también, escuchamos porque estamos en una matriz subjetiva, no oímos, escuchamos. Seguramente que en una insoportable regularidad inevitablemente voy a armar un acento, en algún lugar lo voy a hacer. A lo mejor vos lo armás en otro lugar, pero si no lo podés ubicar pasó a ser ruido porque se torna insoportable, entonces es un ruido, es un sonido no deseado. Yo te puedo decir, fijate: Tá ta ta ta Tá ta ta ta. El ritmo no se modificó, lo que hice fue acentuar. A lo mejor yo lo escuché acentuado porque necesité hacerlo. Esto que puedo necesitar hacer puede ser lo que yo le ponga, lo que yo le agregue, puede ser la intervención. A veces la intervención de un pibe que está repitiendo, repitiendo, repitiendo es que yo arme internamente un patrón. A veces lo hago corporalmente. Ahora mientras estoy hablando con vos estaba pensando que tengo un paciente que corre en círculo sin parar. ¿Y cómo empecé a hacer contacto con él? Llegaba al consultorio se sacaba las zapatillas y corría y llegaba un momento en que yo ya no sabía qué hacer porque no respondía a nada. ¿Entonces qué empecé a hacer? Me senté, no sé en qué sesión fue, entonces el corre, corre, corre y cuando pasa al lado mío le hago una caricia en la espalda y le digo algo, le agregó algo. De ese modo fui armando un patrón. Eso es musicalidad. Yo fui armando un patrón y el patrón empezó con un gesto corporal, mi mano en contacto con su espalda. El corría y cuando pasaba yo le hacía una caricia. Empecé a notar entonces que el empezaba a rallentar cuando se iba acercando a mí, como esperando. Ahí empecé agregarle a esto alguna cuestión sonora. Acompañé esta acción física con mi voz diciendo algo como corre corre corre corre paaarooo (acompañado del gesto corporal de la caricia en la espalda) y armamos patrón. Pero ¿por qué? Porque a mí me empezó a resultar insoportable que girara, girara y girara. Entonces me dije si yo no meto un corte con esto no vamos para ningún lado. Es un no discurso que se transforma desde el momento que el corte se arma. Yo también tuve que ver por dónde porque una cosa es haber hecho eso y otra cosa era tirarme y agarrarlo. Decirle ¡Basta de correr! Aunque a veces tenía ganas. Pero bueno, una también trabaja con esas ganas que tiene de decir ¡Bueno, basta! ¡Se terminó! ¡No se corre más!

Esto por el tema del sonido, no es solo el sonido. Es la musicalidad.

6- ¿De qué forma tocar música o intervenir sonoramente en una producción en la clínica afecta la escucha? ¿Qué características presenta esa escucha? ¿En qué aspectos se centra?

A-Ahí hay primero una simultaneidad fisiológica porque somos seres neurofisiológicos, no solamente. No solamente por suerte, pero no dejamos de serlo. ¡El soma está! Por una cuestión fisiológica también cuando yo estoy hablando o produciendo sonoramente, fonando, la escucha tiene como ciertas interferencias. Esto sucede en la medida que intervenga sonoramente vocalmente con mi fonación. Otra cosa es que yo esté ejecutando algo, que yo esté tocando un instrumento y que lo que yo esté haciendo sea de contenido rítmico o contenido rítmico- melódico. Una cosa es que esté construyendo un contenido melódico o que esté reproduciendo un contenido melódico en el teclado o en el metalofón para lo que automáticamente estoy armando en mi cabeza ese motivo o evocándolo. Pueden ser las dos cosas que esté evocando y afinando, entonando con el instrumento o que lo esté construyendo ahí, con lo cual la escucha está como un poco más interferida podría decir. No sé si interferida pero no está tan pura como cuando estoy solo dispuesta a la escucha, pero la realidad es ¿cuándo uno está realmente solo dispuesto a la escucha? Porque también yo estoy inevitablemente buscando un ordenador en eso que está sonando y desde esa perspectiva podría decir que estoy representacionalmente interferida por mis representaciones musicales, de la música que yo tengo incorporada en mi vida, en mi cuerpo y en mi cabeza y la evocación que me produce.

El otro día estaba con una nena divina, estaba evaluando. Yo estaba en situación de evaluación, la nena estaba jugando conmigo y yo con ella. Estaba en las primeras sesiones. Es una nena que agarra las baquetas y le da con una fuerza que me va a perforar los redoblantes. Le da con todo y yo empecé como a cambiarle, en vez de baquetas le doy unos tubos de goma para que no me rompa los instrumentos. Entonces le fui llevando las manos, yo agarré un bongó y le dejé a ella un repique y entonces le digo: Ahora yo voy a hacer algo... y entonces se quedó quietita... Entonces yo empiezo a tocar (hace un ritmo con la voz) que es la intro de la canción del Tambor... Y pienso que después le voy a cantar esa canción. Le hice la intro que yo tengo incorporada que es la que hacen los músicos de Zapatanga en esa canción. Ella termina de escuchar esos tres compases y me dice: ¡la mona Jacinta! Y yo dije, ¡claro! (repito el ritmo y luego canta el primer verso de la mona Jacinta) Yo digo ¡Qué maravilloso lo que es la incorporación en una criatura de 3 años! Claro, yo estaba evocando otra cosa y ella en lo mismo que yo hice que es un patrón rítmico escuchó la mona Jacinta. Su capacidad de ordenar y organizar lo que escucha está maravillosa, aunque no era exactamente el patrón rítmico, era muy cercano. Por eso digo, su oreja también estaba interferida. Por ahí otro pibe que no tiene esa capacidad o no estaba pensando en algo similar, se sorprende y espera a ver qué hago yo con eso y para esa persona yo golpeé el tambor. Para esta nena yo hice el patrón rítmico de la mona Jacinta. Y a mí me pasa también a la inversa cuando los chicos hacen algo y uno escucha un motivo, un motivo melódico, sobre todo los motivos melódicos a mí me

atraen mucho porque los niños inevitablemente los traen. Si uno les hace oreja están allí mucho más los motivos melódicos que los patrones rítmicos, mucho más.

A veces pienso cuánto hay de esto que nos decían hace 30 años en la facultad: primero el ritmo, después la melodía, después la armonía. Yo estudié muchos años antes que vos y una de las primeras cosas que nos daban a estudiar era Ritmo, melodía y armonía, los tres tiempos. Primero el ritmo, después la melodía, después la armonía, entonces hacían el parámetro de que los niños llegan al mundo y primero adquieren el sentido rítmico, después... ¡Mentira! Lo primero que se adquiere es el motivo melódico. Lo primero que un niño identifica es el motivo melódico. Para entrar en el patrón rítmico ¿Sabés cuánto falta? Un montón.

12- Hace un rato me hablaste de los registros que hacés más allá de lo que escribís en la historia clínica. ¿Cuál es la finalidad de esos gráficos de los que me hablaste?

Recordar lo que pasó con el paciente. Recordar, comparar o evocar.

El registro clínico primero es una obligación. Empecemos por ahí. El profesional de la salud está obligado a tener un registro clínico. No es que lo hago si quiero. Ahora cómo lo hago, cuán detallada soy o cuánto tiempo le dedico es otra cosa.

Todos desde el momento en el que tenemos un diplomita en la mano y atendemos a un paciente estamos obligados a escribir fecha, hora, algo del paciente, algo de lo que pasó, eso es fundamental por un lado. Lo que empieza a pasar cuando uno va teniendo más cantidad de pacientes es que la verdad yo no retengo la información de todos, a veces hasta se me puede confundir el nombre.

Una vez que estoy en la escena clínica es muy probable que me acuerde de todo lo que había pasado, se me arma ahí cuando estoy con el niño, pero por las dudas a mí me resulta más cómodo y me siento más segura yendo a la historia clínica. Salvo que esté a las corridas. Como tengo todo guardado en un drive en general la miro desde el celular o desde la compu y ya me acuerdo. Miro el dibujito y ya sé por dónde estábamos. A lo mejor lo que pasa ese día no tiene nada que ver y yo estoy disponible a trabajar, porque no es una clase, entonces trabajo con lo que el paciente trae.

Una de las cosas que me he dado cuenta que más me interesa de los registros es no perderme cuando el paciente trae nuevamente algo. Además de recordar lo más importante es no olvidarme, si el paciente trae algo de eso que había registrado anteriormente saber que tiene que ver con algo que habíamos hecho.

Cada paciente para mí es como un gran proyecto de investigación. Uno se mete y ahonda. Tener los registros es una manera de comprometerse en qué le estará pasando y por qué pasa esto y

por qué pasó lo otro. Registrar cómo estaba, buscar la línea del tiempo. A veces ir para atrás y mirar ¡Ah! Mirá, hace un año para la misma época pasó lo mismo. Yo voy y vengo dentro de las historias clínicas. Voy y vengo. Soy bastante prolija con eso. Tengo una parte de texto escrito. A veces pongo continúa tratamiento porque no pasó nada relevante en esa sesión y otras tengo más información que detallar. Lo que voy haciendo ahora es scannear las hojas y subirlas lo que me lleva un poquito más de trabajo. Por el momento sigo teniendo la doble historia: los grafiquitos con fechas en papel y lo digitalizado. Además, tengo archivados los otros tipos de registros porque los registros no son solamente lo que escribo, lo que tipeo y lo que dibujo. Está también lo que grabo. Tengo una carpeta para cada paciente en la que guardo la evolución de la historia clínica, una subcarpeta con registros clínicos de sesiones donde pongo las grabaciones y filmaciones. Yo a veces filmo con el celular cuando veo algo que me parece importante, no es lo que más hago, pero a veces lo hago. Para eso me gusta más usar una filmadora, una cámara de fotos que filma. Lo prefiero porque la pongo en un lugar, aprieto el botoncito y ya no tengo que ocuparme de estar yo ahí con el celular. De todas maneras, no te voy a decir que en más de una oportunidad veo una escena y agarro el celular y la filmo. Y lo mismo para los audios. Una vez que recorto los audios y digo éste es el material los subo al drive con fecha. En la historia clínica tengo todo. Y también tengo una carpeta con todo lo que me mandan los padres porque lo que ha empezado a pasar con el uso del Smartphone es que los padres te mandan cosas y a veces hay audios de los padres dejándote un mensaje que vos decís... No sé... la madre hablando 10 minutos y el pibe atrás gritando como un desaforado. Y vos decís este audio lo tengo que guardar porque esta mujer cómo sigue hablando mientras el pibe le grita en la oreja. Entonces lo guardo porque es un material clínico. Y otros que te mandan la fotito del nene soplando la velita. Todo eso yo lo guardo. Todo lo que me mandan lo guardo. Tengo un drive que tiene mucho lugar y guardo todo.

13- ¿Qué herramientas utilizás para el análisis de las producciones sonoras?

Mi escucha. No uso una herramienta. No uso un programa. Sé que hay algunas personas que usan unos programas, unos softwares.

Mis herramientas son las mismas que te decía antes en relación al objeto de la escucha y a la semiología de la escucha. Las herramientas que yo uso son mis conocimientos, mi trayectoria, mi experiencia y en cada paciente en particular las relaciones que hay entre lo que suena, lo que se mueve, lo que se dice, cómo se dice. Los discursos que se están jugando en proceso. Hay como pequeñas sistematizaciones que hago para poder valorar los progresos o el proceso. A veces solo valoro procesos, a veces progreso. Hago una separación para comprender o para poder identificar,

no es que esté tan claramente diferenciado. Las categorías serían producción expresiva, modos relacionales y modos vinculares. Yo creo que hay modos de expresarse que no necesariamente a veces están dirigidos a otro, pero son modos expresivos y muchas veces son modos de manifestación. Modos relacionales sería cómo percibo que esos modos expresivos están con el objetivo de entrar en un contacto con un otro y los modos vinculares que es cuando ya está más avanzado el tratamiento y son modos que se pueden analizar en términos de iniciativa, de reciprocidad, de responsividad para ubicar qué niveles de intercambio hay. En definitiva, más allá de la experiencia que es única y singular lo que vamos leyendo es el experimentarse a sí mismo, el experimentarse con otro y también la experiencia de durar en el intercambio. Hablamos de un intercambio significativo. Uno puede ubicar que hubo una producción expresiva con una intervención con otra producción y cuando se armó un intercambio significativo podemos decir que ahí hay un proceso terapéutico. Así que las herramientas serían esas, mi experiencia y escucha.

7- De acuerdo a tu criterio ¿Cuál es la música o la producción sonora relevante para el musicoterapeuta? ¿Cómo la describirías?

A-Se me arman muchas cosas con esto.

Vos sabés porque me has escuchado que hace ya mucho tiempo vengo trabajando con la idea de música y de musicalidad. La música es una producción de la cultura. La música es una construcción que hacemos los seres humanos y da cuenta de un momento epocal, de una situación determinada y es cultural, es profundamente cultural. Pero también es cultural a qué llamamos música. Veníamos hablando de Schaeffer durante varios momentos y la verdad que una persona que en su vida nunca escuchó música concreta o música electroacústica y de repente escucha una obra de Carmelo Saitta y va a decir qué son todos estos ruidos acá ¿esto es música? Como quien dice ¿estas rayas son pintura? ¡Esto no es arte!

Entonces hay que correrse de un montón de cosas y además te tiene que gustar porque por ahí no te gusta. ¡Qué se yo!

Pero pensando en el amplio sentido y significado que tiene la música para el ser humano yo creo que la música a la que el musicoterapeuta le presta fundamental atención tiene que ver con la Musicalidad primordial. Tiene que ver con la organización sonoro musical de lo que se aprecia. Por eso acá voy a decir se aprecia, no digo se escucha en relación a lo que te decía antes. Tomando el ejemplo clínico que usé hace un ratito, un niño corriendo es un niño que está sonando porque corriendo en un piso de goma eva, en un consultorio de 5 x 4 en redondo algún sonido produce. Es más cuando corre rápido hasta te diría que hay sonidos de “viento” además del sonido de sus pies.

No es sin sonido, aunque no fone. Por este motivo yo también trabajo mucho con esto. La voz es uno de los elementos de la sonoridad. Un niño corriendo produce algo con la sonoridad de sus pies, él puede estar escuchándose a sí mismo y corriendo a determinada velocidad para producir un patrón rítmico regular, por ejemplo, o no. Tomando esa metáfora yo ahí aprecio una modalidad sin fin, que no tiene pausa con lo cual cuando yo empiezo a hacer esas intervenciones de poner mi mano en su espalda y después agregar una sonoridad y después agregarle un contenido semántico en una organización musical: corre corre corre corre paaaaraaaaa... yo estoy combinando discursos, haciendo casi una performance que tiene sentido en la medida que hay cuerpo, mirada, escucha, presencia y un montón de cosas. Esto también ha pasado en situaciones de zoom. He atendido pacientes por zoom con los que he hecho este tipo de intervenciones. Introducir intervenciones sonoro musicales a veces con letra a veces sin letra, a veces solamente el patrón rítmico con un bongó, a veces el motivo melódico todo eso por zoom para que se produzca una pausa, algo del orden del intervalo en un chico que está girando en una hamaca sin parar. Eso tiene más que ver con la musicalidad más que con la música. Con la musicalidad en el sentido más amplio de la musicalidad. No la musicalidad como la cualidad musical de las producciones. Sino la musicalidad como todas esas características de organización, todas esas cualidades musicales que tiene nuestro modo de estar en el mundo. *El modo humano de ser con otros es un modo musical y eso es la musicalidad primordial.* Eso es lo que yo ubico como ¿cuál es la música del musicoterapeuta? Bueno, fundamentalmente es la musicalidad primordial a la que le va a hacer escucha en función de sus propias matrices, de sus propias características y de todos los parámetros de los que hablábamos antes ¿por qué? Porque la musicalidad es una condición de la especie. La especie humana tiene que ver con la musicalidad. No es una condición de la cultura. Si no estuviéramos atravesados por la musicalidad primordial el ser humano nunca hubiera podido crear música y mucho menos danza.

12.b- Vos me hablaste hace un rato del trabajo que hacés con las grabaciones ¿Qué aporta y qué se pierde en la escucha de una producción sonora grabada?

A-Lo que se gana en el trabajo con grabaciones fundamentalmente es aprender a escuchar. Te podría decir que a medida que voy teniendo más años de trabajo grabo menos. ¿Por qué grabo menos? Porque se me hace menos necesario. Al principio se me hacía muy necesario grabar y tener mucho registro. Yo noto en las personas que formo y en la gente que superviso lo que aprenden grabando la escena clínica que en definitiva se trata de intervenir adecuadamente.

Cuando uno escucha una grabación lo primero que hay que tolerar es escucharse. Grabar es un procedimiento que te permite aprender cuánto produzco innecesariamente. Yo me acuerdo que

una de las principales cosas que Elcira me marcaba es el exceso de *firulete*. Cada vez que estoy por hacer clínica se me aparece ella señalándome el exceso de *firulete*.

Yo atiendo pacientes niños, dentro de lo que son los niños pequeños acompaño crianzas complejas, acompaño niños con condición genéticas, acompaño vínculos e intervengo en niños con sufrimiento psíquico. Cuando yo empecé atendía niños con muchísimas dificultades, niños con imposibilidades neurofisiológicas importantes, niños con retracciones emocionales severas entonces claro, cuando aparecía un sonido, cuando de pronto aparecía un eee... yo respondía EéEéeeprrrr... y Elcira me señalaba en la grabación todo eso. Me marcaba todos los objetos sonoros que producía. Y vos decís ¡claro! Pobre pibe como para tener ganas de intercambiar conmigo. Es como si yo no supiera hablar inglés, que de hecho no lo sé, y diga: hello, how are you? Porque es lo único que me salió y el otro me da una frase en inglés y me fui porque no entendí nada. El otro me dice Fine y vamos bien... Ahora si me complicás mucho la existencia ya no, no, ya no puedo.

Por eso creo que uno de los principales aprendizajes que tiene el procedimiento de grabarse como metodología para aprender la escucha trabajada, fundamentalmente es escucharse a uno, escucharse las intervenciones de uno. Y en segundo plano pero muy importante es aprender a entrar en la trama del discurso. Escuchar e identificar, tener la posibilidad de escuchar muchas veces lo mismo. Vos en la clínica tenés la posibilidad de escuchar algo una vez. Por eso la grabación es una escucha artificial. Por eso se llama reducida, reducida por artificial porque está afuera de escena, afuera de contexto, en otro momento. Si esa escucha se hace con otros es mejor, si es en grupos de trabajo es mucho mejor todavía. No hay nada más enriquecedor que compartir un audio con colegas, en espacio de intimidad y de buen clima. Volverlo a escuchar una y otra vez y ver cómo tus colegas van diciendo: fijate que ahí yo escucho que hace... a ver ¿ahí no respiró? Y lo volvés a escuchar y resulta que sí...

En psicología desde que la tecnología lo permite usan el microanálisis. El microanálisis de la investigación psicológica es la cámara lenta del video, entonces filman una madre saludando a un nene durante un minuto y te lo pasan en cámara lenta y lo ven 200 millones de veces y vos vas viendo como la madre abre la boca... Nosotros no podemos hacer eso, no podemos escuchar en cámara lenta para identificar los detalles. La única manera para identificar los detalles y aprehender un discurso, un fragmento es escucharlo muchas veces. Esto también es un mecanismo de investigación. Yo creo que es un procedimiento de investigación muy interesante para no hacerlo encajar en el discurso musical porque el riesgo que hay en la escucha de la producción sonora musical a la que le hace oreja de escucha el musicoterapeuta es traducirlo musicalmente. Hacer encajar eso en lo musical. Decir: ¡ah! Mirá tiene forma rondó. Y no, no era necesario, vamos por otro lado.

14- ¿Quisieras compartir alguna idea, pensamiento, reflexión, asociación, experiencia en relación a la escucha de la producción sonora en la clínica?

A-Creo que lo que quería decir lo dije. Me parece que lo nodal sobre el tema de la escucha lo dije: escucha y escuchar como dos posiciones, posicionamiento y no postura, el tema de lo semántico y lo semiótico. Lo de la apreciabilidad. Esto de que cuando hablamos de musicalidad no estamos hablando de lo que suena. Esta es una de las cosas más difíciles, a mí lo que más me cuesta para explicar la musicalidad a otros que no son musicoterapeutas y a musicoterapeutas también es que no me estoy refiriendo a lo que suena. No podríamos movernos si no estuviéramos atravesados por la musicalidad primordial porque nuestro modo de usar el cuerpo es coreográfico. Después yo puedo bailar y hago algo, aunque no esté bailando no me estoy moviendo como un androide, ni hablo como un androide. Siempre musicalidad se asocia a lo sonoro y no necesariamente es sonoro y lo sonoro no necesariamente tiene que estar sonando, puede estar siendo representado corporalmente. Por eso tiene que ver con lo que me preguntaste al principio, cómo llegué. Bueno, yo llegué primero por el cuerpo porque mi cuerpo estaba musicalizado para poder bailar. Vuelvo al principio, tiene que ver con la relación que tuve y tengo actualmente con la danza. Sí, los pasos hay que aprenderlos, las zapatillas de punta hay que ponérselas, la disciplina de la danza es tremenda, es tremenda para poderla romper. Cuando a vos te dicen como ejercicio a bailar el silencio ¡Ma qué silencio! Yo te estoy bailando todas las sonoridades interiores con las que estoy en el mundo.

Ese atravesamiento con el mundo del arte es lo que me permite ser la musicoterapeuta que soy. Ningún musicoterapeuta llega a ser musicoterapeuta si no está artísticamente atravesado. Estar artísticamente atravesado no quiere decir que uno tenga que ser un músico o un bailarín para poder ejercer la Musicoterapia.

Una colega mía que trabaja en Brasil, ella es argentina y trabaja con bebés y niños muy pequeños, es estimuladora temprana y demás, ella dice: *El musicoterapeuta es un músico deconstruido*. A mí me encantó porque es verdad, si el musicoterapeuta no se deconstruye como músico y como artista muy difícilmente pueda escuchar musicoterapéuticamente. Va a quedar siempre muy ligado a la producción musical.

Cuando estoy con un paciente y canto yo disfruto cantar, a mí me encanta cantar y no sé si tengo una gran voz o si canto muy bien. A veces canto bien, a veces no, a veces afino... pero me encanta y yo creo que algo de este goce que tengo por cantar se transmite. Viste que en la pandemia uno hizo cosas ¡las cosas que hice! Desde tirarme al piso para atender con la computadora y la

perra que me salía por atrás... hasta que pude ir al consultorio a atender que es donde me sentía cómoda. Hay madres que me decían: ¡Ay! Alejandra, tus audios... vos tendrías que tener Spotify. Yo me reía de imaginarme las canciones... porque yo por ahí les mandaba una canción cantada por mí y después le mandaba la canción no sé, cantada por Mariana Baggio. Le pongo la actitud de Mariana. Encima tengo esta voz, debo tener unas cuerdas re largas. Tengo una voz grave y puedo hacer agudos si quiero y los hago... tengo una voz contundente y potente... Yo creo que es más que cómo lo canto y lo que canto, es la intención. Yo me preparo para hacerle el audio al paciente y le pongo todo. Yo quería pasar a través del celular, quería llegarle al pibe, con eso quería decirle estoy acá, ya nos vamos a ver... Pero tengo clarísimo que cuando estoy haciendo eso es algo que estoy haciendo para el niño, no lo estoy haciendo para mí. Las veces que yo me he encontrado en una escena clínica más conectada con las ganas de improvisar con la voz que con el paciente lo he ido a supervisar corriendo. A mí me gusta cantar, me gusta bailar también, me gusta improvisar. Si yo me empiezo a copar más con lo que siento haciendo eso conmigo y pierdo de vista al paciente algo me está pasando, estoy perdiendo esa escucha en simultáneo (que era una de tus preguntas) que hay que tener. Se aprende también en el procedimiento de la escucha trabajada a escuchar en simultáneo la producción sonora musical.

ENTREVISTA A CLAUDIA HECKMANN

Fecha: 04/08/21

-Institución en la que se formó como Musicoterapeuta (año de graduación)

Se formó en la UAI sede Rosario donde obtuvo el título intermedio de Musicoterapeuta en el año 2000. En la UAI Buenos Aires se licenció en Musicoterapia en el año 2010.

-Formación en otras áreas vinculadas al sonido y a la música.

Es Profesora de Música recibida en el Conservatorio Provincial de Córdoba.

Tiene experiencia como instrumentista (violín y piano). Formó parte de un organismo orquestal. Se desempeñó como docente de música en escuelas secundarias y como profesora de violín.

-Otras actividades relacionadas con la Musicoterapia.

Ejerce la docencia universitaria en la UAI desde el año 2013. Acompaña a los alumnos con las tutorías de Trabajos Finales Integradores.

Trabajó en instituciones de salud mental, de infancia, de discapacidad, centros de días, hospitales públicos y privados.

Actualmente se desempeña como musicoterapeuta en su consultorio privado.

-Área musicoterapéutica en la que se especializa.

Clínica en Salud Mental.

Cuestionario:

1- ¿Cuál es tu orientación o desde qué posición teórica llevás a cabo el ejercicio de la Musicoterapia?

Si yo tuviera que plantear un campo de conocimiento que me sirve de brújula o de guía, aunque no sé si estas son las palabras más adecuadas... Digamos que el campo de conocimiento con el que me siento más familiarizada es la mirada del ser humano, del lenguaje, de la subjetividad y del arte que tienen Deleuze y Guattari y esa línea de pensamiento, la del Esquizoanálisis. Esta línea pelea con Lacán y sé que me meto en un lío nombrando a Lacán. Así como pelea son también herederos en cuanto a pensar la complejidad del lenguaje y la expresividad de los signos, pero con toda esta otra cosa, que a mí me parece maravillosa, que plantean Deleuze y Guattari y que tiene que ver con poder mirar también el campo de las artes: de la pintura, de la música y de otras materialidades que pueden componer lenguaje.

2- ¿Cómo describirías de acuerdo a tu experiencia la escucha en la clínica musicoterapéutica?

Vos leíste mi tesis y ahí hay algo en lo que yo sigo pensando. En un momento de ese trabajo llego a una idea que no es solo una cuestión poética. Yo digo que la producción y la escucha son separadas a fin de poder estudiarlas y pensarlas. En realidad, en los hechos no están separadas. En un momento hago un juego de palabras y digo que hay que producir una escucha porque me parece que no es que hay alguien que está produciendo y el otro está escuchando. La clínica como la vida y como el arte son fenómenos muy complejos donde todo pasa junto todo el tiempo. Yo no creo que haya una escucha que sea la que sirve para todo. Me parece interesante esto de producir una escucha, jugando un poco con las palabras, en estos supuestos roles donde alguien produce y el otro escucha. El que está produciendo también está escuchando, está con sus sensaciones disponibles o inclusive expuestas y el que está escuchando también está produciendo, muchas veces estamos concretamente tocando.

Más allá de esto hay que producir la escucha en el sentido de formarla artesanalmente.

En la tesis hablo de técnica y tomo el concepto heideggeriano de este término que a mí me interesó mucho. Retomo la antigua idea griega de técnica desde lo artesanal en el sentido de hacer existir, de poder traer a la existencia algo que no puede por sí mismo de una manera silvestre o espontánea. A mí me parece que en la escucha hay algo que tiene que ver con esto de componer todo el tiempo una técnica, para cada momento, para cada paciente, para cada situación, hay una producción de escucha porque no siempre los datos significativos están en las mismas zonas, en los mismos planos, en la misma materialidad siquiera. Entonces me parece que es un trabajo primero con uno mismo, hasta de cierto forzamiento si se quiere de la propia percepción porque hay algo de abandonar esa percepción. Hay algo de dejar caer para bajarse así de las grandes formas, de la cosa

esperable. Las costumbres perceptivas nos traccionan para un lado. Justamente Marisabel me parece que habla de una deformación profesional que tiene que ver con esto. Hay cierta deformación subjetiva también, hay cierta cosa que uno tiene como que desdibujar un poco para poder estar ahí ya no en la percepción sino por ahí más en la audición, en el oír digamos. Yo hago una diferencia entre el escuchar y el oír. Para poder bajarse de la percepción, bajarse del escuchar e ir a un oír en el que uno por ahí encuentra cosas impensadas e imprevistas, se necesita de un trabajo técnico y eso es producción de una escucha.

Entonces recapitulando, si tuviera que decir cómo entiendo la escucha me parece que diría que es ese trabajo permanente, artesanal, minucioso de renuncia de querer encontrar las grandes formas, por lo menos trabajando en lo clínico, en la salud mental donde muchas veces las cosas no están armadas, no están perteneciendo a las grandes formas, no están montadas en grandes cadenas de significantes, sino que están mucho más diluidas. Si es que están armadas también es para escuchar ahí si esto que supuestamente está tan armado es realmente un lenguaje, si es una repetición, si es algo aprendido, si es algo con un sentido para quien está produciendo o si es una mecánica. A veces parece que alguien está supuestamente adentro de un lenguaje porque hay algunas capacidades, algunas aptitudes técnicas, pero no desde esa técnica, desde este concepto más moderno de técnica, sino desde la idea de lo técnico como algo más mecanicista, una destreza, una habilidad.

3- ¿Qué niveles o formas de escucha de la producción sonora identificás en tu tarea como musicoterapeuta?

Yo no sé si le diría niveles, por ahí estoy equivocada en esto. Niveles puede representar algo relacionado con una profundidad y una superficie y puede llevar a un territorio más de lo jerárquico. Me parece que sería interesante pensarlo como planos o en todo caso inclusive como líneas. Te acordás de este concepto de rizoma en el que se pueden poner a crecer líneas no en un sentido arborescente donde hay jerarquías, no porque esto no exista. Existen las dos cosas y más también. Me parece que en la clínica necesitamos que con el trabajo pasen cosas porque uno también quiere... (voy a decir una palabra que es controvertida, pero me parece que no tenemos que tenerle miedo) uno también necesita efectos. No por pensarlo desde la linealidad de la causa y el efecto, sino que el que la está pasando mal necesita que esto tenga un resultado que puede ser provisorio, que puede ser frágil, después podemos cambiar de meta y podemos ir a otra. Cuando alguien llega a una terapia la está pasando mal, está sufriendo y necesita mover cosas. Me parece que las cosas se mueven y tenemos algunos resultados y algunos efectos hacia afuera. Digo efecto en el sentido

más llano, que pasen cosas y que esas cosas después las lleve quien sea a afuera. Cuando uno es paciente y va a terapia es porque necesita cambiar cosas y que esos cambios no se vean únicamente en la hora en la que uno está ahí adentro, sino que produzca efectos en tu vida que sean revitalizantes por decirlo de algún modo, que te ligen a la vida, que te ligen a asociarte, a hacer alianzas, a tener buenos encuentros, que te ligen a lo vital.

Me parece que lo que me ha pasado es que la cosa se mueve realmente cuando estamos disponibles para salir de lo jerárquico y plantear la jugada tirando de las líneas de fuerzas que tenemos a disposición. Esas líneas siempre son bastante imprevistas y con un poco de suerte cuando las líneas componen algo, pueden componer un plano y en todo caso ahí tenemos planos que se conectan. Digo que las líneas son un poco imprevisibles y por eso no sé si hablar de niveles de escucha. En todo caso si nos ubicamos en un sistema de niveles diría que sería el nivel más materialista, en el sentido de ir a lo más llano de lo que pasa con la materia: con la materia sonora, con la materia movimiento, con la materia expresión. Con expresión me refiero a gestualidad, cuerpo. Diría que en el nivel de la materialidad en su estado más larvario es donde están las líneas de fuerza que son solo líneas. Ahí se mueven las cosas, ahí pasan cosas.

Me acuerdo algo que dice Deleuze particularmente. Él lo nombra como plano de consistencia o plano de inmanencia. Él dice que no es que haya una garantía, pero tarde o temprano pasan cosas ahí. No es que ahí no pase nada porque está por fuera del plano de organización, porque está la cosa más disuelta pero no es que no pase nada, están pasando cosas todo el tiempo y tarde o temprano hay asociaciones. A veces me parece que esas líneas son como tan singulares de cada uno... No sé...

Me acuerdo de un joven con el que caminábamos. Hace poquito comenté sobre esto en musicoterapia 3. Un joven de un hogar con una historia terrible. Había sido rescatado de estar entre animales en un corral y después recibió el diagnóstico de autismo. No hablaba, no se alimentaba ni se vestía solo, no se valía por sí mismo. Estaba todo el tiempo en el patio del hogar caminando con una pelota, pateándola y caminando supuestamente sin rumbo. Yo estuve meses caminando con él en el patio del hogar. En un momento esa caminata era con nuestros cuerpos distantes, sin ningún contacto físico directo. En algún momento empezó a ser con distintas velocidades. Por ejemplo, él iba más rápido, a veces más lento, había detenciones, recomenzar, girar, hacer una línea recta. Yo me fui sumando un poco a esa rítmica. Después con el tiempo él me empezó a mirar. Después me empezó a agarrar de un brazo y ese desplazamiento era con una comunicación si es que le podemos decir de ese modo... Lo podemos charlar, pero se me ocurre esa palabra porque había algo que se transmitía con el tono muscular. Él dirigía para dónde íbamos, cuándo nos deteníamos, qué tan rápido o lento. Después de un tiempo cuando yo llegaba él venía

hacia mí, me agarraba e iniciaba la caminata. Una vez él me trajo de un brazo y me sentó en el piso, me sentó realmente y la pelota comenzó a ser un objeto para rebotar contra la pared. Esa pelota nadie la podía tocar porque él entraba en un estado de mucha angustia y ansiedad. Entonces primero él tiraba la pelota contra la pared, rebotaba y la agarraba. Los dos permanecíamos sentados uno al lado del otro. Después yo pude empezar agarrar esa pelota, él habilitó esa posibilidad. Entonces yo la rebotaba contra la pared y después él. Luego en un momento él vino conmigo, me agarró del brazo y pude ser la que invitaba desde ese tono muscular desde esa propuesta de movimiento. Lo invité a un espacio cerrado, él no entraba en espacios cerrados. Allí había algunos instrumentos musicales. Con la puerta abierta él entró y esto (gesto de rebotar la pelota contra la pared) pasó a ser una maraca. Primero eran 2 o 3 minutos de rebotar la maraca contra la pared e irse y a continuación seguíamos en el patio con la pelota. Después pasaron a ser otros instrumentos, más tiempo y otras las exploraciones: las duraciones y el tipo de sonido, el instrumento que elegía, las duraciones o las variaciones de este rebotar. Por ahí ya no era contra la pared sino contra una colchoneta y el instrumento se desplazaba rodando, por ejemplo. Y por ahí andaban todas estas líneas, el movimiento, el tono muscular, el avanzar, retroceder, detenerse, hacer un sonido. Entre medio también aparecieron algunos sonidos con la voz. A mí me parece que son como líneas que se ponen en juego, que se presentan y uno puede tomarlas. Son las líneas que hay disponibles.

El desplazamiento tampoco es solo desplazamiento. Hay una temporalidad ahí que se ocupa, hay un espacio, hay recorridos, líneas geográficas inclusive que se van seleccionando. En algún momento empezó a hacer cierto recorrido, tenía determinado dibujo y después por ahí no... Sean las que sean las líneas que aparecen son las que están disponibles para componer algo del orden de la expresividad. Después vemos si eso es signo, si eso entra en otros conjuntos, si podemos hablar de lenguaje. En principio me parece que al hablar de expresividad espontánea con las líneas materiales que estén disponibles habilita un montón para hacer, me parece que da una perspectiva de a dónde uno escucha.

Por ejemplo, surgió en el grupo cuando yo comentaba esta situación el interrogante de si esto era musicoterapia o no porque en definitiva estábamos caminando en un patio. ¿Acaso el sonido no es tal en nuestra sensación, pero físicamente es un movimiento, una vibración? Por qué no habríamos de trabajar con el movimiento si en realidad lo que estamos haciendo con el sonido es como materializar el tiempo, el paso del tiempo. Este es uno de los fenómenos que necesariamente se desarrolla en una duración, en un espesor de tiempo y es uno de los fenómenos más claros en la materialización del tiempo. Aunque sean recordados, aunque uno los piense, los imagine, tienen una duración y me parece que trabajamos con eso, con una temporalidad y un espacio y con líneas de expresión que se van abriendo camino por donde se puede.

4- ¿Cuál es el objetivo de la escucha en la clínica musicoterapéutica?

Viste, yo te decía esto que a mí me gustó del concepto de técnica... Sabés que al principio no lo pesqué directamente a Heidegger. Leí a un autor que hablaba del artículo de Heidegger, esto sobre la técnica que usé en la tesis es una conferencia que él pronunció. Un tiempo después dí con un artículo de un filósofo sobre esa conferencia y veo esto que a mí me encantó.

A mí me parece que si yo tuviera que decir un objetivo de la escucha tiene que ver con esto: En la naturaleza como tal, el ser humano crea un mundo. No es lo mismo el mundo que la tierra (esto lo dice Heidegger). El ser humano crea un mundo propio en esta tierra. Y como tiene un lenguaje y como tiene conciencia de sí mismo... (no sé cuánto estoy agregando yo de mí misma).

Con la técnica entendida de este modo artesanal, de algún modo se evidencia la vuelta que se olvidaron los mecanicistas. El ser humano cuando construye un cuchillo, el hacha, una escultura con una piedra (también vale para el arte), de algún modo hace aparecer aquello que ya está en la impronta de la materialidad, de la naturaleza, pero no tendría la posibilidad de existir por sí mismo. De algún modo la escultura está en la piedra, pero no podría existir si no fuese por algunos procedimientos que el ser humano puede crear. Ahí me parece que hay algo del orden de la creación que es súper interesante. Si hay algo que puede decirse como un objetivo de la escucha, me parece que es en tanto que hay una escucha disponible, algunas cosas que se perderían en la nada toman relieve y tienen un sentido porque hay alguien disponible a escucharlo.

A vos te debe pasar con tu hijito. Los nenes balbucean un montón de cosas, pero si no hay alguien en un contexto de relación afectiva que le otorga sentido eso podría perderse ¿no?

Yo me acuerdo una vez un joven que recién llegaba a este mismo hogar del que te hablaba. Todas situaciones muy desesperantes, terribles y a cielo abierto, muy descarnadas. Este joven venía de hogar en hogar. De familias con vidas muy complicadas y pocas posibilidades de cuidar a estos chicos. El muchacho venía muy triste, muy mal, muy abandonado, de situaciones de calle muy terribles. Me acuerdo que él agarró la guitarra en ese primer encuentro y empezó a hacer algo. Mientras él estaba mirando para otro lado, yo me siento adelante, me pongo a escuchar y él distraído, con un gesto poco presente en la situación, seguía con la guitarra haciendo algo muy al azar. En un momento se detiene, detiene el sonido y yo le digo: ¡Qué hermoso lo que estabas haciendo! Porque él realmente estaba probando algunas calidades sonoras y algunas cosas que tenían que ver, por lo que recuerdo, con sonidos suaves, sonidos más fuertes. Muy elemental, de cuerda al aire, pero había algo ahí que empezaba a pasar. Entonces cuando yo le digo ¡Qué bonito

eso que estabas haciendo! Me mira así (cara de sorprendida) y mira al instrumento como quién cae que estaba haciendo algo.

Es que tiene que haber alguien que esté escuchando. No porque fuese yo, podría ser otro, cualquiera ¿no? No, no cualquiera, pero tiene que haber alguien en la vida de cualquier ser humano que lo invite al lenguaje, que le de legitimidad a cualquier modo que pueda surgir de expresión. Al principio de la vida de todo ser humano, la expresión es desorganizada, es caótica y es a partir de la repetición, de la experiencia, del juego y de que alguien esté disponible a darle legitimidad a eso como auténtica expresividad que se produce el enlace con el sentido. Yo me acuerdo que en esta situación el pibe se quedó así, como: ¡Ay! ¿Qué estaba haciendo? Ahí trata de rescatarlo, vuelve sobre sus pasos en esta cosa fantástica que tiene el oído que es la memoria auditiva del último rato de lo que estuvo pasando. Entonces rescata eso, rescata ese gesto melódico y rítmico que estaba teniendo y ahí ya arma algo. Le cambió la cara y me preguntó cuándo nos veíamos de nuevo, qué días había Musicoterapia y cuándo podía tener. Uno puede suponer que es un pequeñísimo, pequeñísimo alivio tal vez. Después arrancó el trabajo realmente con ese pibe y se enganchó con la guitarra e hizo cosas. Me parece que un objetivo de la escucha es hacer aparecer el lenguaje.

5- ¿De qué maneras trabajás, entrenás, ejercitás o preparás la escucha en función de tu tarea como musicoterapeuta?

Tal vez parece paradójico, me parece que en relación al trabajo de la escucha hay que ser bastante disciplinado.

Por más que después requirió todo un trabajo de deconstrucción, yo valoro mucho toda la educación formal que tuve con la música porque me parece que hay un conocimiento de la complejidad del hecho sonoro. Por más que esté absolutamente instalado en la discursividad occidental, en la tonalidad, lo que sea, no importa. Después lo podemos desarmar, pero por algún lado hay que entrar al fenómeno sonoro musical. Yo no sé si uno tiene libertad ahí de elegir por dónde le entra: ¡Ay! ¿A ver? ¡yo le entro por lo atonal! Entrás por donde entrás. Por lo que está disponible.

Yo crecí en un pueblo y estaba el Conservatorio, el Centro Polivalente de Arte y la Banda Infantil. Nadie me presentó el panorama de: Mirá, hay música que está dentro de la tonalidad, hay música atonal, en oriente tenemos otra historia, en África... Es lo que había disponible ¡Andá chiquita si querés, andá ahí que es gratis!

Aunque puede ser muy cuestionable todo esto, no importa. Es preferible tener qué desarmar que no tener nada. Entonces yo creo que algunas cosas que tienen que ver primero con la

experiencia de aprender un instrumento, de entrar al lenguaje musical y a la técnica de producción de cualquier instrumento, me parece que nos hace conocer el lenguaje desde adentro con todas las reglas arbitrarias que pueda tener. Sino no tenemos alguna puerta de entrada a ese fenómeno que nos permita conocer sus parámetros, me refiero a cosas hasta bastante materiales como de qué hablamos cuando hablamos de duración, de altura, de intensidad, de timbre. Tenemos que poder entrar al aspecto bien material del fenómeno y después desarmarlo todo lo que tengamos ganas.

Cuando me encontré en la Universidad con la metodología de análisis de Dante Grela para mí fue una maravilla porque ya salía de la forma, del análisis morfológico de la música erudita por decirlo de algún modo. Él habla de formas matéricas, de materialidad, de textura, habla de aspectos muy materiales del fenómeno sonoro que a mí me parecen una maravilla para pensar. No es que yo todas las cosas que hago con un paciente las filtro por ahí porque sería invivible.

Pasar por un conocimiento de las reglas, después de descubrir cómo romper las reglas, descubrir lo que está por fuera de las reglas que es todo, porque las reglas en realidad hablan de excepción. El fenómeno sonoro es mucho más amplio que lo que plantean las reglas de la armonía y del sistema tonal. De todos modos, repito, me parece muy válido el conocimiento de estas reglas y de todos los aspectos más materiales, más fenomenológicos de la materia sonora. A mí me parecen sumamente necesarios. Después de ese recorrido yo necesito ser bastante disciplinada en lo propio porque hay una cuestión y ahí está la paradoja... me parece que para encontrarle la vuelta a todo lo que está por afuera de las reglas y para dejar caer esto de la percepción, las propias costumbres perceptivas, me parece que uno tiene que ser disciplinado. Ahora, en la actualidad, lo que a mí me representa esa construcción es la lectura. La lectura, el seguir con la lectura de este campo que es el que yo de algún modo fui eligiendo que es Deleuze, Guattari, Foucault. Algunas lecturas que me desacomodan y que me fuerzan a pensar lo que no llego a entender. Me fuerzan hacia un límite. Hay algo hermoso que dice Deleuze: Llevar el lenguaje a su límite más musical. A su límite más material. Bueno, de algún modo para pensar algunas cosas de la clínica en este momento, el modo de mantenerme en ejercicio es con la lectura. Para pensar esta cuestión de los planos, de las líneas de fuerza, como se componen algunos fenómenos más larvarios para entrar al lenguaje. Lo que necesito en este momento es continuar con las lecturas que me resulte menos familiares, leer cosas nuevas. Es un trabajo más mental que perceptivo. Porque a mí, fuera del trabajo clínico, más bien lo que me pasa y esto es muy personal ya no sé si es generalizable, más bien necesito silencio. Necesito algo así como el silencio de la lectura para seguir ahí generando la cosa, poniendo en marcha las cosas. Lectura y supervisión.

6- Al tocar música o al intervenir sonoramente en una producción: ¿Qué características presenta esa escucha? ¿Consideras que se modifica la forma de escuchar al estar produciendo sonido en un contexto clínico? ¿En qué aspectos se centra tu escucha al hacer música con otros en la clínica?

Yo trabajo sobre todo con niños y niñas. Casi todo el tiempo estoy tocando junto con ellos porque los niños siempre saben que todo se trata de un juego.

Generalmente lo que pasa es que el niño o la niña entra y ya está jugando.

Acá yo estoy en el espacio donde trabajo (me muestra el lugar) y no hay solo instrumentos. Hay algún juguete, hay cosas, hay bloques, hay sillitas. Hay un patiecito y más ahora con la pandemia vamos para afuera. Necesariamente todo el tiempo estoy haciendo cosas con ellos. No me ha pasado, incluso con los adultos tampoco ahora que lo estoy pensando, ese detenimiento a escuchar salvo esos pequeños momentos como el que te conté recién, de alguien que llega con la distracción de no estar en la situación de pensar que está tocando, de tener la atención en sí mismo y de que está tocando. Generalmente yo produzco mucho con el otro. Entonces lo que me pasa todo el tiempo es tener que estar escuchando mientras estoy tocando. Eso es bien complejo, es bien, bien complejo. A veces me ha pasado por ejemplo de engancharme yo con una idea musical y decir; ¡no! ¡no! ¡pará! Retrocedamos, retrocedamos.

O no, a veces uno dice acá está bueno porque capaz que el otro levantó la vista y le pasó algo con eso, lo agarró, le sirvió, lo agarró como propio y sí, buenísimo... ¡agarrátele! Que también está bueno. Uno es un ser humano que también siente el gusto por esto, el entusiasmo, la energía, pero en general lo que me pasa es tener el cuidado de la espera. Bueno ¿a ver? ¿Qué vas a traer hoy? Sin decirlo ¿no?... ¿Qué aparece hoy? Qué aparece acá entre los que estamos porque por ahí aparece algo y si uno está distraído lo deja pasar. Entonces hay un trabajo. Por ahí eso tiene que ver con la disciplina entendida de este modo, de decir todas las veces que sea necesario: parar, repensar, esperar, hacer un paso atrás para no ser invasivo, para que en todo caso las líneas que se ponen en juego sean lo que el otro trae, lo que el otro está pudiendo ese día, lo que está queriendo, lo que le está gustando. Lo cual no quita el hecho de que muchas veces, como te digo, pueda ser uno el que inicie el primer gesto y el otro lo tome. No tiene nada de malo porque después de todo sucede en ese vínculo la cuestión.

Hay algunos momentos que a mí me parecen muy claves, en los que aparece algo por primera vez o se hacen enlaces. El otro está pudiendo enlazar por primera vez algunas cosas, algún gesto y es bien difícil esa parte. Yo en un momento de la tesis lo digo: si uno se apura, se arrebata, arrebata ese gesto puede que el otro renuncie a eso o que no lo reconozca como propio. Si uno no

hace nada con eso, no lo toma, no lo espeja, no lo acompaña, nada, puede perderse. Hay una cuestión temporal muy clave en la cual está bueno esperar un toquecito y cuando eso aparece ayudarlo, pero sin asfixiarlo. Ayudarlo a que aparezca. Me estoy acordando de una metáfora de Heidegger que habla de la estética, de hacer aparecer algo, dejar que algo aparezca. Dice es como una cascada que está en invierno congelada y con el primer calor de la primavera surge. Como dejar que eso surja sin asfixiarlo, pero tampoco alejarse tanto para que el otro no quede perdido y solo con eso.

Sabés que muchas veces a mí me ha pasado con los niños de necesitar pares de instrumentos. Es impresionante, a veces pasan cosas cuando los dos tenemos instrumentos similares. Cuando surge esto que empieza a ser, que uno tiene la sospecha que es significativo para el otro porque es un gesto muy genuino, que encontró la combinación justa para un gesto rítmico-melódico que aparece, uno elige muy estratégicamente el instrumento. A mí me pasa mucho que elijo algo similar que me permite acompañar lo rítmico-melódico, lo gestual o lo tímbrico que aparezca con algo que tenga condiciones similares. O muchas veces los nenes eligen un instrumento parecido al que elijo yo. Ahí está ese juego de la producción y la escucha todo el tiempo imbricado donde uno tiene que producir, pero a la vez mantenerse con atención, disponibilidad y dejar que eso venga.

7- De acuerdo a tu criterio ¿Cuál es la música o la producción sonora relevante para el musicoterapeuta? ¿Cómo la describirías?

Es que ahí me parece que no hay una respuesta así muy... ¿Qué raro los musicoterapeutas que no respondamos unívocamente?

Nadie que se dedique a cuestiones que tienen que ver con el ser humano, lo social, lo vincular, lo artístico puede tener respuestas así, unívocas. Es tan complejo y hay tantas variables juntas.

A mí me parece que es aquella con la que le pasan cosas al otro. Yo el anteaño estaba trabajando con un pibe que venía a escuchar cumbia y la mamá me decía: ¡Ay! Sabés que hay algunos musicoterapeutas que me dijeron que en la sesión cumbia, no.

Y bueno, al pibe le pasaban cosas con eso. Un adolescente con parálisis cerebral, le fascinaba la cumbia, ¡Y bueno! fuimos por ahí y escuchábamos. Él se sentó al piano y empezamos a hacer cosas. Esto que yo te decía, uno no elige por dónde entrar al fenómeno sonoro. Nadie elige cómo entrar. Pasa lo que te pasa con lo que hay disponible en tu casa, en tu barrio, en tu familia y lo que hay disponible tiene que estar siempre bien. Me parece que no es uno el que pone las

condiciones. Hay que acompañar las condiciones con lo que hay. Por eso me gusta decir lo disponible porque en la pandemia también: ¡Ay! Pero no me gusta, ¡Ay! Pero no quiero, ¡Ay! Pero lo presencial es mejor... Bueno pero lo que hay disponible ahora es esto. Acompañemos lo que hay y armemos... Me parece que si con algo tiene que ver la creación es con eso y pensarlo en términos de líneas. Si hay algo que podamos codificar que es lo que más queremos siempre, que la cosa tenga un mínimo de... porque no queremos que todo quede disperso para siempre, porque cualquier vida necesita un mínimo de codificación para entrar al lenguaje y para compartir con otro, por más que eso sea provisorio, sea en lo micro, en lo que sea. Con lo único que podemos tener un mínimo de codificación es uniendo las líneas que estén disponibles de un modo que se puedan repetir un par de veces y te de la garantía de que lo que existe sigue existiendo y va a seguir existiendo la próxima vez que nos veamos. A eso me refiero con codificación. Un mínimo, una clave mínima de cosas que si vos las podés hacer con la cumbia, con aprender a tocar un instrumento, con tirarte al piso y escuchar música o con el movimiento...

Hay una peque que vino ayer y estuvo dando vueltas acá un montón, un montón. En un momento yo le alcanzaba una tela y ella seguía dando vueltas con la tela. Y le alcanzaba un instrumento y seguía dando vueltas con el instrumento. Y por ahí me agarró la mano y empezamos ahí un baile. Y bueno aparentemente para ella esas líneas están siendo el movimiento, el desplazamiento con música. Viene prende la música y es el desplazamiento.

Entonces me parece que la música de musicoterapia es la que haya disponible. La que se pueda.

8- Según tu experiencia ¿Qué relevancia tiene lo sonoro dentro de la producción discursiva en la clínica? Fundamentar.

El sonido es una maravilla ¿no? El sonido es una maravilla porque nos instala en una temporalidad, no tiene solo lo espacial.

El otro día estaba leyendo un autor muy antiguo, Diderot. Él habla sobre los sentidos, justamente sobre esta cuestión de las sensaciones por la que yo me vengo preguntando, esto de bajarse de lo perceptivo. Era algo más primario del orden de la sensación. El gusto y el olfato son muy arcaicos ¿no? Las cosas con las que podemos crear algunos sistemas codificados, algunos lenguajes, expresiones artísticas, tienen que ver con lo visual, lo táctil y con lo auditivo que serían los otros tres sentidos. El auditivo es el sentido que más nos permite tener una vivencia del tiempo. Entonces es lo espacial y lo temporal materializado en una materia como es el sonido. Está bien, a través de lo táctil también podemos tener la experiencia de la vibración, de una duración y de una

dimensión. El sonido tiene duración, tiene una duración muy concreta. La ausencia de sonido, lo que llamamos silencio también puede tener una duración y también se desarrolla en un espacio, en una espacialidad. Es por eso que es también la materia prima de nuestro lenguaje más evolucionado por decirlo de algún modo, que es la palabra. Porque qué es la palabra sino sonidos que podemos articular unos con otros, que nombran cosas que están ausentes y que permiten que eso tenga un sentido. ¡Es realmente cosa de ser humano nomás! Que necesitemos además que las cosas tengan sentido aún, cuando ese sentido es algo creado por nosotros mismos y este proceso tan complejo se basa, puede existir, porque pudimos darle forma a la palabra que es sonora. Eso es lo que permite también la existencia de un lenguaje tan complejo. Incluso puede pensarse la música como más complejo que la palabra.

Entonces me parece que la materia sonora es la estrella porque es la materialidad evidentemente más permeable a la producción del sentido para el ser humano. Por estas características que tiene, que tiene una duración, que puede tener una textura. No solo que tiene una duración en el tiempo, sino que además tiene simultaneidad. Oímos polifónicamente también, podemos oír un montón de sonidos a la vez.

Permite un grado de codificación y de producción de sentido que es impresionante. Por eso me parece la materia.

A mí me parece como te dije al principio y como se ha definido tantas veces si uno quisiera ser legalista en esto, inclusive desde la Federación Mundial: lo sonoro, lo gestual, lo corporal, la palabra también son los ejes. Me parece que no hay forma de separar esos fenómenos. El sonido en sí mismo es movimiento. No existiría el sonido si no existiera el desplazamiento, el movimiento. Me parece que es solo una cuestión enciclopédica separarlos.

9- ¿Qué escuchás en una producción sonora en la clínica musicoterapéutica? ¿Qué buscás escuchar? (del orden de lo semiológico)

Según lo que te dije de técnica, no solamente en cada persona es distinta, hay un modo de individuación también de cada momento del día, dicen estos muchachos que andamos leyendo.

A mí me parece, si hay algo que yo tuviera que elegir, no podría decir que busco escuchar algo porque eso lo va a disponer el fenómeno mismo, qué es lo que va a aparecer, pero hay algo que yo voy a rescatar ahí... Me parece como te decía antes, para que la realidad sea algo que medianamente permanece en su existencia en sí, más allá de mi persona en este caso o de la existencia de otra persona, creo que hay como unas garantías que se necesitan. En la percepción o

en las sensaciones, mejor dicho, vuelvo a hacer esta distinción, algunas cosas es necesario que estén garantizadas en la realidad, que pase el tiempo y puedas encontrarlas dispuestas de nuevo de determinado modo. Estos autores en ese texto hermoso que es “Del caos al cerebro” dicen: El cinabrio es una piedra. Si el cinabrio fuera una vez de un color otra vez de otro color, una vez liviano otra vez pesado, mi mente no tendría la ocasión de encontrar alguna mínima constante para que yo pueda formarme una imagen de eso. Entonces si hay algo de búsqueda activa, más allá de los particulares que pone en juego cada uno, me parece que tiene que ver con la repetición. No con la repetición vacía de algo, con algo que se encuentra una vez. Esto me parece que es lo que nos hace formar parte de un lenguaje. Algo, una clave, una configuración de algo gestual o expresivo que aparece una vez, se vuelve un dato si vuelve a aparecer. Si aparece una segunda vez esto que estamos compartiendo, esto que estamos permitiendo que el azar lo inunde y no tenemos problema... Si dentro de eso encontramos un procedimiento mínimo, pequeño, chiquito, que hace que este enlace de tres o cuatro cosas lo podamos volver a hacer dentro de una semana, un mes, dos meses o el tiempo que sea y nos reconocemos mutuamente en este lazo afectivo porque: ¡Ah! Te acordás cuando hicimos eso. ¡Ah! Hoy lo hacemos de nuevo.

Eso me parece que no solo a los seres humanos, sino que a la vida la pone funcionando en relación a un medio, en relación a otro, en relación a lo circundante. Que algunas cosas puedas a voluntad volver a repetirlas para enlazar con el otro para producir cosas, para entrar en código con el otro. Me parece, si hay algo de búsqueda activa en la escucha, es de eso. Que algo permita que nos agarremos de un lenguaje, aunque sea nuestro, de nosotros dos nomás o de nosotros tres o de nosotros cuatro que estamos acá, lo que sea, pero esta coordinación consensuada de una mínima cosa que pueda aparecer una vez y otra vez nos da datos de que algo está pasando.

10- ¿Cuáles son los aspectos/rasgos/características que identificás en una producción sonora? (del orden técnico, vinculado al sonido)

Perdoname... ¿Puedo hacer un paréntesis ahora? Porque me quedé pensando en eso que te dije acerca de que paradójicamente para mí se necesita mucha disciplina. ¿Sabés para qué? Ahora me viene la imagen. Justamente me parece que lo disciplinado cuando yo te decía que para mí en este momento es la lectura para ir a pensar en zonas que me resultan complejas, para esforzarme en eso, me parece que tiene que ver con tratar de estar atento todo el tiempo y no ser chupado por el sentido común, por la opinión. Porque se impone muy rápidamente esa cuestión... Ponele alguien viene y hace (ritmo pulsado sencillo con las palmas) y uno se va... Bah ¡Vamos! (continúa enérgicamente haciendo palmas en ese pulso)

Hay algunas codificaciones que uno puede como sospechar si realmente es algo de la persona o es algo que lo viene arrasando porque lo trae. Entonces justamente me parece que paradójicamente la cuestión de, es medio difícil explicar esto, la cuestión de ser artesanales, de prestar atención a lo singular requiere a su vez de ser disciplinado no en que lo tengo que hacer todas las veces igual sino de ser disciplinado para escaparle todas las veces al sentido común y a la opinión que son me parece los enemigos de la creación de lo inédito. Fue un paréntesis en el medio de algo.

En relación a la pregunta... Y ahí me parece como decimos con Dani ir al llano, a la materialidad, a la cosa más larvaria del sonido, duración, timbre, texturas, combinaciones. Con todas estas combinaciones terminamos teniendo ritmo, terminamos teniendo melodía, terminamos teniendo armonía. Pero a veces me parece que el gesto por ahí se produce en el plano menos previsible. Por ejemplo, es mucho más difícil y ahí tracciona el sentido común... El tema de la duración. La diferente duración implica una rítmica y generalmente eso se nos aparece por arriba de todo. A veces aparece una rítmica muy presente, muy clara, muy marcada, puede que uno se instale ahí por la comodidad de la percepción, de la costumbre perceptiva y a lo mejor cuando te ponés a escuchar qué está pasando en lo tímbrico, que es menos evidente a veces y por ahí están pasando combinaciones interesantes. Por ahí alguien entra a este fenómeno por lo tímbrico y produce unas codificaciones ahí que no esperábamos y que a lo mejor se nos estaban perdiendo porque el oído se puede achancar mucho en las costumbres perceptivas. Por eso a eso me refiero con ser disciplinados en volver todas las veces que sea necesario, recapitular para ir a eso y ahí vamos a esta última pregunta, ir al plano más llano de la materialidad del sonido, del sonido, del movimiento y del gesto.

12- ¿De qué formas registrás la producción sonora de la sesión de musicoterapia? ¿Qué finalidad tienen esos registros?

Vos sabés... yo sólo registro la producción sonora cuando el registro en sí forma parte de la situación. Cuando al otro le pasan cosas con esto de registrar y quiere registrar, quiere escuchar. No registro por mi cuenta.

Muchas veces hago notas, anoto. Muchas veces grabaciones de sonido. Pero ya te digo, me parece dejar grabada, dejar registrada la producción sonora de alguien es una cuestión delicada y que además interfiere en lo que está pasando. Entonces me parece que si es parte de lo que estamos

haciendo y lo aceptamos como algo que estamos queriendo y que después vamos a usar inclusive, sí sino no. Si es unilateral no, no lo hago. Por eso hago notas, observaciones.

A veces tomo algunas notas sueltas. Cuando tengo que hacer un informe porque muchas veces te lo están pidiendo porque hay que presentarlo a la obra social, porque qué se yo... y ahí en el procedimiento de la escritura uno se ve como en este esfuerzo... otra vez... ¡Faaa! Estoy con los esfuerzos...

Uno podría pasar de largo algunas cosas. Cuando uno se sienta a escribir... A mí me pasa que escribiendo tengo que poner en línea cosas que no necesariamente están alineadas porque una cosa a veces aparece una vez y después vuelve a aparecer al mes y después vuelve a aparecer ¡qué se yo! Cuando uno se sienta y hace este ejercicio de recordar, del pensamiento y del análisis por ahí digo ¡Uy! ¡Qué bueno! Porque esto por ahí no lo tenía anotado o si no me ponía a escribir ese informe no me daba cuenta que esto que hizo esta vez apareció de nuevo acá y apareció de nuevo acá y que todas estas veces que apareció pasó esta otra cosa que resolvió una situación o que alivió una situación. Entonces por ahí capaz que es momento de dejar la miguita ahí para que otro la encuentre. A veces esto de tomar nota o de escribir sobre un paciente a uno lo pone activo en el pensamiento de porque no ir, a veces es necesario ir...

Cuando alguien empieza a trastabillar y empieza a estar mal, un nene empieza a estar mal en la escuela o estar mal con qué se yo y ya los padres no saben qué hacer y por ahí uno necesita hacer alguna cosa que aliviane algo o que aliviane a los padres para que el nene siga y si necesita hacer un poco más de bardo que lo haga. A veces uno necesita hacer algunas cuestiones estratégicas. O a veces uno está trabado y una situación como que no se destraba en la clínica. Por ahí puede ser necesario tener una mirada de cosas que esta persona puso en juego y que sirvieron o para evidenciar algún proceso que venía dándose y por algo, inclusive por una torpeza de uno, una distracción de uno pudo haber parado y uno dice a ver, repensemos esto. En la escritura, en las notas uno encuentra cosas que sorprenden y dan una pauta de cómo seguir pensando, cómo seguir la jugada.

12.a- ¿Grabás o filmás las producciones de la clínica? ¿Con qué finalidad?

Ese mundo, particularmente ese mundo del registro cambio tanto en los últimos años. A mí también me cambió de lugar cómo pensarlo. Ahora por ejemplo con el uso de toda esta tecnología y como todos están acostumbrados está muy aceptada la cuestión de grabar, de reproducir, compartir y demás. Yo no lo uso para tener un registro y después escucharlo. En todo caso si

queremos los implicados en la situación tener un registro y después escucharlo para hacer algo con eso, pero es al interior... Yo no me pongo a escuchar para saber qué hacer la próxima ni para analizar. El análisis ocurre en el momento por eso hago notas.

12.b- ¿Qué aporta y qué se pierde en la escucha de una producción sonora grabada?

Lo puedo pensar en su momento... En realidad, yo grabé esos registros sin saber que iba a ser algo que después iba a usar para un trabajo. En ese momento yo grababa con un walkman con cassette. Esas grabaciones son de ahí y las escuchábamos con Lidia. Después esto lo tomo, viste que la cuestión de dimensionar las cosas o de pensarlas más en su conjunto siempre viene después, a posteriori. Uno en el momento no está haciendo un análisis, siempre uno va después con eso. Porque uno en el momento está en el fenómeno, metido en lo que está pasando y me parece que no. Después esto que uno arma para comunicarlo es otro fenómeno, el comunicar esto, sacar conclusiones, escribirlo o describirlo. Es como otro procedimiento del lenguaje que va por otro lado.

En el momento este otro procedimiento del lenguaje que para mí fue escribir la tesis e inclusive analizar a mí me costó mucho. Fue un momento muy, muy difícil perceptivamente... atravesar esas improvisaciones y analizarlas. Ahí descubrí... es como esto que te digo que me pasa ahora con la lectura de llevar las cosas a su borde más ¿musical? Me pasó eso con el análisis: escuchar y descubrir que había cosas bien de la materia sonora, esto que venimos hablando, bien desde del plano llano de la materialidad que estaban ahí, presentes y que se escuchaban. En algunas improvisaciones en las que algo empezaba a ligar se escucha por ejemplo que Lidia toma algo y después ella misma genera una repetición de eso y después una variación de esa repetición. Todo ese procedimiento lo empecé a escuchar ahí y me voló la cabeza.

Porque mirá todo lo que hay cuando uno... yo estaba empezando a escuchar con el criterio... si bien era algo que lo había escuchado en el momento, que lo había llevado a mi supervisión, a mi espacio de supervisión y análisis... Pero después llevar todo este fenómeno a esta especie de filtro que fue la metodología de Dante Grela me permitió asentar desde otro procedimiento que es el de la escritura, el del registro y el registro gráfico. Viste que yo hice unos gráficos en el análisis de cosas muy materiales que daban cuenta de esto, que uno observa ahí. En el momento pasa todo muy rápido, todo junto. Son fenómenos muy complejos porque hay muchas cosas pasando juntas a la vez. Esa simultaneidad vuelve bastante complejo el escuchar. Pero después escuchar, elegir este pedacito de este día y escuchar ahí que aparece algo de esto, de lo disgregado y que después empieza a surgir una pequeña forma y que esa pequeña forma la puede tomar Lidia misma porque

esas improvisaciones son de ahí, de ese tiempo final, de todo ese proceso. Y cuando aparece ese gestito por ejemplo ella hace una sonrisa. Después hace una variación a su vez de ese gesto rítmico, me acuerdo con un triángulo, por ejemplo.

Encontrar esto, justamente Dante buscando este modo de análisis se plantea también cómo escuchar, no sé, una producción de un grupo de aborígenes de tal lugar. Cómo hacemos para escucharlo y para analizarlo, dice Dante que es etnomusicólogo y compositor, si el análisis morfológico está pensado para la música clásica. Entonces su propuesta es un modo mucho más conveniente. Para mí fue un esfuerzo subjetivo muy grande estudiar esta metodología y hacer pasar, utilizar...

A los fines prácticos no es que yo termino una sesión con un paciente y agarro esa metodología porque sería enloquecedor. Pero es esta cuestión de pasar por esa experiencia, de tener el conocimiento de esa minuciosidad. Una vez Pedro me acuerdo, Pedro Altamiranda me dice: ¡Ah! entonces vos cuando hablás de técnica decís como llevar un poquito más allá del límite la propia percepción. ¡Sí! le digo ¡eso! Es como un buen ejercicio personal esforzar un poquito y entonces ahí aparecen otras cosas. Por eso digo que desde la opinión o desde el sentido común se te van a pasar por alto. Pero uno no puede vivir todo el tiempo con la sensación ajustada a eso ¿no? Pero sí son experiencias, como eso, como cuando estos días que yo estuve leyendo a este autor Diderot. Encima escribe en un lenguaje así raro porque es del 1700 y pico. Hay que dejar que la cabeza pase por esos lugares así que no comprende para justamente hacerle más fácil al otro después la cosa. Ya es suficientemente compleja la existencia, la clínica. Entonces por ahí ese viaje a lo más complejo ayuda para después poder hacerlo más fácil.

13- ¿Qué herramientas te resultan útiles para el análisis de las producciones sonoras?

Por ahí hay algo que a lo mejor dije muy de costado, pero me parece fundamental. Voy a salirme un poco de lo contextual en la clínica, creo que la supervisión es muy importante más allá de las herramientas técnicas.

Yo reitero, me parece necesario el conocimiento profundo del sonido, primero como materialidad y segundo en su aspecto musical. El conocimiento profundo de la discursividad sonora también ¿no? Me parece que son muy necesarios. Porque también pasa mucho que alguien llega con inquietudes, con verdaderas inquietudes musicales. Alguien llega a sabiendas de que lo que quiere trabajar consigo mismo lo va a poder tramitar con la música porque ya le viene pasando algo con la música en su vida. Pasa mucho esa situación. Aunque sea un niño por ahí que no tiene gran experiencia previa por ser niño, pero todo su entorno observa que le pasan muchas cosas con la

música y que lo que le pasa lo va a poder tramitar por ahí. Y tiene algunos intereses musicales muy particulares, hasta técnicos. Yo trabajo con un niño que tiene diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo y a él le empezó a pasar algo con el piano y con el conocimiento, concretamente con el conocimiento técnico de la mecánica del piano y a partir de eso está como expandiendo posibilidades expresivas. Por qué no seguir por esa vía que es la que el otro está reclamando. Y para el pibe es la clase de música y respetemos eso porque este pibe viene de hacer terapia ocupacional, psicología, psicopedagogía ¡qué se yo! y acá no se reconoce como un paciente de... Viene a la clase de música. ¡Buenísimo...Buenísimo...! Y él dice ¡Ah! Quiero ver el piano y qué se yo... Si esto te va a permitir tener y entrar a un lenguaje que compartamos, expandir tu expresividad ¡Genial!

Mi consultorio es una cabaña en el campo. Nadie le dice consultorio. Y muchas familias se sienten aliviadas porque vienen con su hijito diagnosticado desde los dos años y están podridos de los consultorios y de los guardapolvos blancos. Y vienen y acá hay un patio, hay instrumentos musicales, una cabaña y algunos le dicen la sesión de Musicoterapia, otros le dicen la clase de música y uno ¿se va a poner a corregir? ¿Qué necesitás que sea? ¿La profe de canto? En esto también son las líneas que hay disponibles. Esperemos a qué te lleva esto que estás necesitando tramitar por la música porque por la palabra no se está pudiendo o porque preferís o porque es una elección activa de esto con la música. Entonces ahí me parece que la... me parece que me fui por las ramas. Pero la herramienta musical me parece que tiene que estar.

14- ¿Quisieras compartir alguna, idea, pensamiento, reflexión, asociación, experiencia en relación a la escucha de la producción sonora en la clínica?

ENTREVISTA A PATRICIA PELLIZZARI

-Fecha: 31/08/2021

-Institución en la que se formó como Musicoterapeuta (año de graduación)

Me gradué en el año 1981 en la Universidad del Salvador que era en ese momento la única universidad en la que se dictaba Musicoterapia. En ese momento la cursada duraba 3 años. Luego en el año 2000 la carrera pasó a ser Licenciatura. Los que estábamos como docentes cursamos la licenciatura al mismo tiempo que dábamos algunas materias.

Esta es mi formación de base. Me gusta mucho y no paré nunca de estudiar.

Mi formación es una confluencia de varias carreras. De todas maneras, mi práctica es concretamente musicoterapéutica.

Luego de la carrera de Musicoterapia yo hice un Posgrado en Psicomotricidad. Después hice Psicodrama Psicoanalítico. Durante muchísimos años realicé posgrados en Psicoanálisis Grupal, Psicoanálisis de Familia y Psicoanálisis del Arte.

En el año 2009 terminé un doctorado en Psicología Preventiva con una tesis doctoral que tenía como tema el discurso interdisciplinario en atención primaria de la salud. Ahí ya estaba entrando a un nuevo momento de mi desempeño profesional más abocado a la salud colectiva, lo preventivo y lo social.

Y sigo estudiando... Ahora estoy haciendo una diplomatura de Arte y transformación social. Ya estoy pensando cuál va a ser la próxima. Me gusta mucho estudiar.

-Formación en otras áreas vinculadas al sonido y la música.

Algo que me pasó durante toda mi trayectoria fue que siempre estuve en la búsqueda de una explicación sobre cómo funciona la Música en el Psiquismo y en el ser humano. Todo lo que estudié estuvo muy vinculado a la relación sonido, sonoro, música y psiquismo.

Durante muchísimos años fui cantante lírica con lo cual durante mucho tiempo estuvo disociado ese mundo del canto y la lírica y el de la Musicoterapia.

Después sucedió que me cansé de la lírica y entonces quise cantar popular. Quise cantar tango y ahí empecé a sufrir. La lírica me agarró de muy chiquita entonces fue algo natural en mi formación. Canto en coros desde los 5 años. Lo que fue muy trabajoso fue pasar de esa voz lírica al

canto popular y fundamentalmente porque se me dió por el tango que es mucho más bajo, mucho más corporal y mucho más de las entrañas. Fue muy trabajoso para mí cambiar la tesitura del agudo al grave porque encima era soprano. Esta experiencia me sirvió mucho como musicoterapeuta porque me di cuenta todo lo que la voz implica en mi persona, en mi personalidad. Ese cambio de tesitura implicó al principio para mí un grado de despersonalización. Sentí que me iba a volver loca. Sentí muchas cosas.

Mi formación musical tiene que ver con la voz y con el canto. Me di el lujo de estudiar con muchas personas y cantantes de la música contemporánea. Eso me llevó a tener una relación como muy visceral con la voz, de mucha exploración, de mucha liberación y muy por fuera de las estructuras de la canción que es lo que yo básicamente trabajo en mi clínica. Desde ahí trabajo, todas cosas con la voz y la mayoría de las veces por fuera del surco de la canción, del lugar estructurado del canto.

Pasé por muchos coros, cuartetos vocales, de música de cámara hasta que llegué al cuarteto de tango y al dúo. Ahora vivo en el Bolsón con lo cual es complicado juntarme con mi compañero Ricardo Rodríguez y con Diego el bajista y demás. Guardo mi ilusión de viajar más a Buenos Aires para retomar espacios artísticos.

-Otras actividades relacionadas con la Musicoterapia.

Ahí los musicoterapeutas nos caracterizamos por abrir un abanico de actividades colosal. A mí me gusta mucho esa amplitud que nuestra carrera nos ofrece si uno estudia.

Soy titular de la materia Musicoterapia Preventiva Social en la USAL. Hace exactamente 40 años que soy docente universitaria. Desde que me recibí hasta ahora nunca me fui de la Universidad, prácticamente son 40 años. De estudiante pasé a ser ayudante y de ayudante pasé a ser profesora adjunta y luego titular y nunca me fui. Así que continúo dando clases. Esta materia es en el tercer año de la carrera.

Me desempeño como directora y fundadora de ICMus que es una asociación sin fines de lucro que tiene varias áreas: el área clínica, el área social-territorial, el área de docencia donde todos los años damos un curso de especialización de Musicoterapia Social. Ya vamos por el cuarto año de esa especialización.

Trabajamos en equipo y yo formo parte del equipo.

La palabra supervisión no la uso mucho, me parece que ya pasó de moda ese posicionamiento de la supervisión donde hay alguien que ve por encima de todo. Por otro lado, asumo los 40 años que hace que trabajo de esto. Con los equipos de ICMus que son varios y que

trabajan en distintas áreas y en distintos territorios permanentemente tenemos reuniones de covisiones, de estudio, de trabajo y de capacitación. Yo estoy metida en todo eso.

Hay mucho trabajo de gestión que a mí me gusta hacer porque para conseguir subsidios y llevar adelante ICMus hay que trabajar mucho en red con las políticas públicas, con el Ministerio de Desarrollo Social, con el Ministerio de Cultura, con el Ministerio de Salud. Eso es mucho trabajo, es un trabajo de gestión que hay que estudiarlo. Hay que estudiarlo, valorarlo y aprender a generar estrategias para conseguir los subsidios. Eso es todo un tema también y una materia importante en la carrera que por suerte ustedes tienen. Para mí eso es fundamental. Los musicoterapeutas tenemos que empaparnos más de gestión estratégica que tiene que ver con esto, generar cargos, conseguir subsidios, generar proyectos, proyectos de gestión asociada con los diferentes Ministerios. Todo eso es trabajoso porque también hay que estudiar cómo hacerlo. Es meterse en el campo y levantar el teléfono y tener el coraje de gestionar reuniones y demás. También hay que estudiar lo que es la gestión estratégica en políticas de salud. A eso también me aboco bastante, bastante.

Por otro lado, ICMus tiene también una compañía de arte itinerante. Eso me agrada mucho porque es el lado más artístico de ICMus, no solo tiene la pata terapéutica y social sino un lado más artístico. Ahí me divierto mucho, me gusta. Estoy muy involucrada con ICMus aparte de mi clínica personal donde yo trabajo con grupos de adultos y adultas y familias.

-Área musicoterapéutica en la que se especializa.

Yo trabajo con adultos y familias, esa es mi clínica. No me aboco a las infancias.

Cuestionario:

1- ¿Cuál es su orientación o desde qué posición teórica lleva a cabo el ejercicio de la Musicoterapia?

Me gusta mucho estudiar y articular con la práctica.

Si hay algo que caracteriza al grupo, al equipo en el que yo trabajo que es ICMus es que se trata de una institución que ya tiene muchos años pero que nunca consideramos una institución sino como un equipo de trabajo. Para nosotros justamente la teoría, la conceptualización surge de las preguntas de la práctica. Ese es nuestro posicionamiento más nítido. Es la práctica la que nos interroga y vamos a buscar teoría en base a esa necesidad.

Sintetizando mi primera orientación fue el psicoanálisis. Esto sin lugar a dudas. Yo guardo un eterno agradecimiento y amor al psicoanálisis porque me condujo primero a pensar en lo que está detrás de las escenas, en las sombras de la conducta, en los vericuetos y en la complejidad de los comportamientos y de la expresión y yo agradezco haberme cruzado con esas conceptualizaciones.

Después me fui alejando porque me llegó la filosofía que es lo que vos más conocés porque es lo que más trabajan en la facu. Me llegó Deleuze, me llegó toda la escuela francesa, me llegó Morin, la complejidad, la teoría del caos...y dije ¡Wuu! Esto es alucinante. Nos vamos del determinismo y aparecen otras teorías con otras líneas más rizomáticas y de apertura a lo complejo y por supuesto que ahí quedé absolutamente capturada por las teorías de la complejidad, de la estética y de la filosofía.

Después vino la era de lo cognitivo. De pensar cómo se relacionaba esto con las teorías de la información, del análisis, de la comprensión. Al principio sentí mucho rechazo. Yo hice un doctorado que tenía una línea bastante, bastante cognitiva y me causó mucho rechazo, pero después me di cuenta que también había muchas cosas de los procesos de la información que era interesante poder conocer por más que uno no labure con eso. Yo no me siento identificada con una línea cognitiva, con una línea conductual menos. De todas maneras, dentro de las funciones cognitivas me parece que hay cosas más interesantes. Comportamental no me convoca casi nada. Donde quede como establecida en estos últimos 10 años es en las teorías vinculadas a lo social. Ahí todo lo que tiene que ver con las narrativas, con los discursos, con las complementariedades de lo social, lo cultural, lo histórico, ahí es donde estoy más situada ahora.

2- De acuerdo a su experiencia ¿Cómo describiría la escucha en la clínica musicoterapéutica?

Si yo tuviera que definir la escucha diría que es como un acto de recogimiento en donde uno está presente. La escucha no es sin uno. Quien escucha es uno, pero a la vez hay un repliegue en este sentido de recogimiento. Hay un repliegue de sentido, un repliegue de los sentidos para poder sorprenderse.

Si vos me dijeras ¿Qué es la escucha? Y es un acto de sorpresa, es el acto de dejar sorprenderse. Diría es el acto de dejar sorprenderse por lo que el otro está sonando. En ese sentido eso me parece que es la escucha. Es replegar la autoreferencialidad del narcisismo para poder

escuchar lo más despejadamente posible y sorprenderse con lo que el otro está entregando, dándonos a oír.

3- ¿Qué niveles o formas de escucha de la producción sonora identifica en su tarea como musicoterapeuta?

Hay un artículo muy viejo de Barthes que es lo primero que se me viene siempre a la cabeza cuando hablamos de la escucha porque me parece que es claro, conciso y a mí me sirvió mucho. Se llama El acto de escuchar. Él habla de tres tipos de escucha. Una escucha que tiene que ver con la escucha índice que es lo primero que captamos, lo que a través de nuestros filtros humanos, psicológicos, experienciales, subjetivos logramos captar como formas y nos impacta. A esta escucha la llama índice. Él dice que no nos podemos separar de esto porque no seríamos humanos.

Alejándonos un poquito de este impacto o poniéndolo a un costado, él habla de una segunda escucha que se relaciona con el desciframiento. El desciframiento tiene que ver con meternos allí a bucear qué elementos son los componentes de eso que escuchamos. En musicoterapia podrían ser todos los elementos contributivos que forman parte de lo sonoro. Entonces ahí dice, acá empieza a haber forma, formalidades. Ésto, formalidades, búsqueda de formas. Entender determinadas formas que se nos plantean a nuestra percepción.

Después habla de una tercera escucha que tiene que ver con lo intersubjetivo, lo que se pone en juego en relación con el otro cuando uno escucha desde el vínculo y desde la propia historia de cada quien y de la propia subjetividad, desde las asociaciones, las analogías, las metáforas y desde todo el inefable y el lenguaje que está por encima, abajo, atrás y al costado de eso que uno graba y escucha y que tampoco es objetivo. Cuando uno graba y escucha un fenómeno material sonoro, uno sigue seleccionando. Siempre seleccionamos.

Para mí el campo de la escucha es indiscutiblemente un campo intersubjetivo que tiene que ver con la escucha del musicoterapeuta. No tiene que ver con una verdad de lo que da a oír el otro, sino que tiene que ver con lo que escucha uno, con ese recorte que escucha uno. Por eso no me imagino ningún tipo de interpretación que esté por fuera del diálogo con el productor, con quien produce ese discurso. Eso no me lo imagino. Sucede que a veces llevamos algo a una supervisión o a un espacio de covisión: ¡Mirá lo que tocó! ¡Mirá!

Eso pareciera alejado del otro. Esto puede ser un ejercicio, pero no me imagino un proceso terapéutico donde esto suceda alejado de lo que dice o cree la persona que hizo o que expresó.

Este cuadrito está bueno.

Por otro lado, hay otro cuadrito que está en el texto que te mandé de Flavia Kinigsberg (del libro Crear Salud) que es algo que hicimos en el equipo y que tiene que ver con algo más relacional si se quiere, en el sentido de cómo se juega esta relación entre escuchar al otro, hacerme escuchar por el otro y escucharme a mí mismo. Esa construcción se da en el contexto de cualquier expresión. Ese cuadro también es útil a la clínica en el sentido de escuchar esto, lo que se hace escuchar y lo que queda silenciado y que a veces es importante sacarlo a la luz y otras veces no.

4- ¿Cuál es el objetivo de la escucha en la clínica musicoterapéutica?

A ver... Me parece que la clínica musicoterapéutica puede tener distintos posicionamientos. Entonces algunos pueden decir escucho para luego intervenir de una manera más apropiada acorde a la demanda. Si la demanda es solucionar tales o cuales problemas, preciso entender esa demanda, escuchar esa demanda para luego poder intervenir de la manera más apropiada a ese sujeto, a esa familia o a ese niño. En ese sentido me parece que escuchar al otro es acompañar, es acompañar ese proceso de crecimiento, de desarrollo, de transformación. Es acompañar.

Y luego podría ser brindar. Brindar un tiempo, un espacio, unos recursos, unas herramientas que contribuyan en poder fortalecer algo de ese proceso de transformación que demanda la persona. Por lo cual diría escucha para acompañar, escucha para estar presente, escucha para entrar en empatía con el otro, escucha para generar una estrategia o una intervención que sea acorde a las posibilidades de trabajo de esa persona, acorde a lo que la persona me está pidiendo. Escuchar lo que me pide.

5- ¿De qué maneras trabaja, entrena, ejercita o prepara la escucha en función de su tarea como musicoterapeuta?

Entrenar el silencio es algo bien interesante porque aparte es un silencio activo, no es un silencio ausente. Es poder estar en un silencio. Justamente es un silencio escutante, un silencio abierto, un silencio receptivo y un silencio amoroso también. Un silencio que contenga una mirada descansada, no ansiosa, no apurada.

Para mí la escucha está muy relacionada con la mirada y con la corporalidad. No es solo la oreja. Es una escucha que tiene que ver con la postura, con la mirada, que tiene que estar presente, pero a la vez no ser ansiógena, ni demandante, ni dispersa. Es una escucha que tiene que estar enfocada. Entonces me parece que todo lo que hagamos para entrenar eso está bueno.

Sí, ejercicios. Hacer mucho ejercicio para liberar energía, para liberar endorfinas y ahí estar tranquila, tranquilo, pacientes, escuchando.

Meditar para vaciar de contenidos racionales y no estar todo el tiempo pensando, pensando, pensando qué me dijo, por qué me dijo y qué me dijo la sesión pasada, qué le tengo que decir y esto me hace acordar a mi mamá. Bueno, como vaciarnos de todo eso. Un poco.

Me parece también que hacer música, tocar, cantar es bien interesante porque después uno escucha desde un lugar más cercano a la estética y no desde un lugar racional. Entonces yo a veces escucho cuando me habla un paciente y siento que me está cantando un tango o siento que hoy está rapero y no es porque está cantando un rap. Es porque la escucha tiene algo que ver con la estética. Escuchar, esto me parece que está bueno, algo de la poética. Entrenar desde la poética cualquiera sea el rubro de la poética. Reconocer metáforas. Eso me parece que está bueno para después escuchar.

6- ¿De qué forma tocar música o intervenir sonoramente en una producción en la clínica afecta la escucha? ¿Qué características presenta esa escucha? ¿En qué aspectos se centra?

Cuando uno decide empezar a cantar, a tocar o a improvisar con el paciente muchas veces está antecedido por alguna hipótesis y otras veces no. Otras veces es empezar a improvisar juntos, juntas sin tener nada en mente, simplemente dejar que el devenir de la improvisación teja, teja, teja y teja. Yo trabajo con adultos entonces al trabajar con adultos hay algo de la palabra que tiene relevancia. La gente pregunta ¿Qué tocamos? Y uno puede decir: cualquier cosa, lo que surja. O puede decir vamos a trabajar esto que estás contando, entonces ya hay una referencia. Uno puede querer hacer algo improvisando o querés mostrarle algo a la persona o querés provocar algo en la persona. Entonces creo que la escucha cambia en relación a cuando uno solo está escuchando.

Quizás cuando uno está tocando o cantando está un poco más liberado de lo racional, está más metido en ese mundo de lo sonoro y se liberan un poco los pensamientos. Sí, puede ser.

7- De acuerdo a su criterio ¿Cuál es la música o la producción sonora relevante para el musicoterapeuta? ¿Cómo la describiría?

Que sea una música encarnada. Que sea una música que tenga un sentido, pero no un sentido racional sino un sentido existencial.

Me parece, si uno elige una música para escuchar, una canción para cantar o si elige hacer una improvisación me parece que es porque cree en eso, confía en eso y en ese sentido es una música vivida, transitada, encarnada, donde uno está comprometido ahí.

No me parece que haya una música más importante que otra. Me parece que lo más importante es la música del paciente, la música del grupo, la música de los niños que no tiene ningún valor artístico o sí pero no es lo relevante. Y poder captar la belleza, la singularidad que hay en cada discurso. Eso me parece.

8- Según su experiencia ¿Qué relevancia tiene lo sonoro dentro de la producción discursiva en la clínica? Fundamental.

Cada vez más te diría. Cada vez más porque yo sigo aprendiendo. Tengo 40 años de profesión, pero yo sigo aprendiendo. Al principio, que es algo que nos pasa a todos, era como costoso entender esa articulación entre el lenguaje y la música y uno quería que todo se relacione, que todo tenga correlato, que todo sea analógico de. Cuando en mi devenir logré desprenderme de eso y pude entender que la lógica de un discurso puede ser diferente a la lógica de otro, que algunas palabras se enraízan en partes de la historia de uno y que las músicas en otras partes, que hay un montón de interrogantes que nunca van a tener respuestas, que hay un montón de producciones sonoras que jamás van a tener ningún tipo de explicación lógica... Cuando pude desprenderme de todo eso empezaron a suceder cosas más interesantes en mi clínica.

Descubrí que hay muchos procesos en ese darse cuenta de cosas o en ese percibir cosas que a través de la música van inclusive te diría muchísimo más rápido al corazón o a la esencia de las cosas que hablando. Con lo cual cada vez empezaron a tener como mucha más relevancia esas zonas de encuentro a través de lo estético, de la música, del silencio, de la mirada. Conforme yo fui tomando cabal confianza con el discurso sonoro supe motivar más a las personas a que confíen en eso y que el estar mejor no pasa en hablar, hablar y hablar todo el tiempo.

9- ¿Qué escucha en una producción sonora en la clínica musicoterapéutica? ¿Qué busca escuchar? (signos, índices, orientado al orden semiológico)

Yo trabajo con dos formas de pensar el análisis de lo sonoro. Una forma es a priori saber lo que uno va a indagar. En ese caso hay algunas categorías que se nos presentan como importantes entonces yo digo hoy vamos a hacer una improvisación sonora y voy a estar atenta a todos los elementos de la producción sonora que tienen que ver con lo vincular, por ejemplo. O voy a estar

atenta a todos los elementos sonoros que aparecen en la música que para mí van a tener que ver con las funciones cognitivas. O voy a estar más enfocada con lo que para mí tiene que ver con lo emocional. Esta forma implica que hay algunas categorías previas a las que yo puedo atender en el análisis de una producción en el momento en el que está sucediendo o después. Eso es una forma.

Otra forma es ir completamente libre de categorías, o en ese intento por lo menos. Ir libre de categorías y decir yo me voy a sorprender con aquello que suceda. No voy a analizar esto como si yo tuviera un protocolo con determinadas categorías. Eso también lo puedo hacer.

Para mí son dos formas diferentes de encarar algo y son absolutamente complementarias. Puedo un día trabajar de una manera y otro día trabajar de otra y demás. En ese sentido para mí el mapa de los ejes de construcción subjetiva pensando lo emocional, lo cognitivo, lo vincular, lo vincular social, incluso agregaría lo espiritual y lo que tiene que ver con lo sensorio motor, con el cuerpo, con lo propioceptivo, ese mapa de construcción subjetiva a nosotros nos sirve mucho para pensar tanto en los niños como en los adultos.

Entonces cuando vemos una persona en un grupo y decimos, pero qué le pasa que no puede afrontar tal cosa. Nos preguntamos: ¿No lo puede afrontar porque es algo emocional? ¿No lo puede afrontar porque no está procesando bien la información que tiene y entonces no puede entender lo que le pasa? ¿No lo puede afrontar porque no tiene el apoyo suficiente social y vincular para hacerlo porque si lo tuviera todo lo demás no es relevante?

Entonces cuando nos hacemos esas preguntas aparece este mapa. Cuando decimos indagemos esto, vamos a indagar eso. Quizás después decimos: ¡Ah! No, no tiene que ver con algo cognitivo de comprensión o de información. La información la tiene toda y la comprende. No tiene que ver con que emocionalmente tiene miedo o está bloqueada o tiene pánico. No tiene que ver con que no tiene el apoyo suficiente para hacerlo porque la gente la alienta. Entonces ¿con qué tiene que ver?

Este es el tipo de preguntas que nosotros nos hacemos. Estas son las preguntas. Y vamos tratando de buscar cómo acompañar en la demanda, en el deseo de las personas.

10- ¿Cuáles son los aspectos/rasgos/características que identifica en una producción sonora? (desde un orden técnico, vinculado al sonido)

Lo que te contesté en la pregunta anterior se escucha en lo sonoro. Acá te doy la vuelta de rosca. Es que eso se escucha en lo sonoro.

Cuando uno piensa lo sonoro por qué cosas está compuesta. Bueno, hay muchos mapas posibles de pensar lo sonoro. Supongamos que pensamos lo más tradicional de todo, los elementos

compositivos como pueden ser la temporalidad o el ritmo, la armonía o los acordes, pueden ser las melodías, las alturas, los tonos o pueden ser las texturas en relación a la superposición o la forma en el sentido de qué estilo toca o los elementos organizadores. Podemos pensar en varios nodos desde la música que nos pueden servir para analizar una producción sonora.

Yo tengo un campo psicasonoro que ya está instalado en mi cabeza. Entonces al escuchar pienso que hay muchos elementos de textura lo que quiere decir que está pudiendo entrelazar, que está pudiendo seleccionar y combinar y esto ya tiene que ver con una manera de procesar la información. Puede seleccionar, combinar, hace red con diferentes elementos y eso me habla de un campo vincular y de un campo cognitivo de cómo puede entrelazar distintas ideas y hacer texturas con eso.

Cuando eso no sucede, cuando la persona no puede tolerar la superposición, no puede tolerar la textura, su forma de expresarse es monódica, en una sola línea, en una sola dirección y no soporta que otro toque con él porque se siente confundido, se siente invadido; yo no pienso en la monodia, ni en qué escala está... no, no, ya pienso que hay algo ahí que tiene que ver con lo emocional, que tiene que ver con lo social, que tiene que ver con su forma de percibir el mundo, con su cosmovisión. Para mí son todos esos elementos de lo sonoro y de la música que después de 40 años en esta área ya tengo un campo nuevo que para mí es el campo de la musicoterapia. En este caso donde yo me dedico más a lo social y a salud comunitaria se trata de un campo que yo diría psicasonoro, psicosocial sonoro. Es un campo que ya tiene una teoría propia.

11- ¿De qué formas registra la producción sonora de la sesión de musicoterapia? (Crónicas, relatos, gráficos, etc.)

12.a- ¿Graba o filma las producciones de la clínica? ¿Con qué finalidad?

Durante los primeros 15 años de mi formación grabé todo. Pasé por el cassette, el minidisc. Algunas grabaciones no las escuché nunca. Otras me impactaron soberanamente y las escuchaba mucho y seguido.

Después con el equipo pasamos al registro escrito y a las matrices. Se trata de matrices de lo sonoro en donde teníamos algunas características que era el campo notable, los elementos contributivos de desciframiento que aparecían, las metáforas. Hacíamos matrices de cada taller, de cada grupo todas las veces. Después empezamos a filmar. Siempre pensamos que haya algún tipo de registro. Para mí esto es muy importante más allá de que uno lo use todo el tiempo o no. Tener un registro está bueno.

También otra forma de registro que implementamos en un grupo donde el encuentro dura una hora es grabar cada vez 5 minutos de improvisación libre. De esta manera ya no tenemos que escuchar una hora y las personas ya saben que eso sucede, está dentro del encuadre.

Bueno, digo, grabemos los 5 minutos y después hacemos todo lo demás. Y a veces esos 5 minutos parece algo re funcional donde la gente dice ¡Dale! Grabemos los 5 minutos y después empezamos con lo que vamos a hacer. Es bien interesante cuando también pasa eso.

A veces uno dice mejor grabemos los últimos 5 minutos que es el logro, no es como la primera parte donde está todo más caótico, más desorganizado. También pasa que a veces lo que ellos quieren mostrar es lo peor entonces uno les tiene que decir ¡che! Grabemos los 5 minutos.

A ver... lo que quiero decir es que yo trabajo mucho en lo social. No es sólo el saber y la escucha del musicoterapeuta, es el saber y la escucha de los grupos, de las personas. La evaluación es colectiva, es con el otro. ¿Cómo sonamos? ¿Qué escuchamos? ¿Qué nos parece? Siempre estamos hablando de una escucha que se construye con el otro, en colectivo, en grupo. No es la ¡Fa! Escucha del musicoterapeuta.

Todos estos registros tienen por finalidad aprender. La palabra sería, si fuera posible ajustar la intervención, afinar la escucha. Ver cuál es el camino más adecuado. Si uno trabaja siempre con la improvisación libre, si tiene esa metodología de trabajo, uno podría decir qué voy a ajustar de la intervención si voy a hacer lo mismo. Pero no es así porque cuando uno toca en la improvisación libre va para algún lado. Ese ajustar la dirección, aunque el hacer sea siempre compartido, forma parte de mi responsabilidad. Entonces no es lo mismo si yo tengo un paciente que toca de una determinada manera y hoy decido que voy a tocar todo bajito, apenas perceptible. Eso es una intervención que tiene un sentido. ¿Cuándo la pensé? Tal vez la pensé cuando escuché el registro de la sesión pasada.

12.b- ¿Qué aporta y qué se pierde en la escucha de una producción sonora grabada?

Siempre suma, para mí no resta. Suma. Lo importante es estar presente en el momento que uno toca o canta o lo que sea. Uno tiene que estar con el otro, para mí eso es lo más importante. Después lo que uno escucha para ver qué sucedió... entonces una grabación para mí suma, siempre suma.

13- ¿Qué herramientas le resultan útiles para el análisis de las producciones sonoras?

Un buen registro me resulta muy útil.

La confianza en uno mismo, en la propia escucha me resulta muy útil. Confiar en lo que uno sintió.

Como Freud decía una buena dosis de contratransferencia siempre es útil para el análisis. O sea ¿Qué me pasó a mí? ¿Qué escuché? ¿Qué registré? Aún cuando uno asocia: ¡Uy! esto tiene que ver con un mambo con mi viejo. Aún eso es útil para ver en qué lugar me puso el otro, cómo me dispersé, en dónde me bloqueé.

En este sentido me parece que también me aporta tener un buen registro, hacer una covisión con otra persona (esto de la supervisión), me aporta mucho estudiar.

Entablar diálogo con mis compañeros de trabajo es una de las cosas que más me aporta. Compartir con otros y no estar sola en el trabajo o en la revisión de los materiales, el trabajo en red, el trabajo interdisciplinario con otros.

Me aporta mucho la humildad de decir no sé, no tengo la menor idea de lo que está pasando. Descentrarse de la ansiedad.

Ser feliz aporta mucho. Ser feliz uno mismo aporta mucho a curar a los demás. Tratar de escucharse a uno mismo y sentir la responsabilidad que uno tiene que intentar ser feliz, buscar todos los medios para ser feliz. Eso aporta a la escucha. Estar tranquilo con uno mismo, estar tranquilo en su lugar de trabajo tratando de dar al otro, de estar con el otro. Uno lo va a poder hacer mucho mejor si está tranquilo con su propia vida. Tratar de ser feliz uno es una obligación para ser mejor terapeuta.

14- ¿Quisiera compartir alguna idea, pensamiento, reflexión, asociación, experiencia en relación a la escucha de la producción sonora en la clínica?

El pensamiento estético creo que se trata de esto, de poder incluir en las versiones del mundo las diferencias tomando eso no como obstáculo sino justamente como una oportunidad de ampliar la mirada. Apreciar la belleza que tiene el mundo que es que todos somos diferentes. Podemos pensar diferente y a pesar de eso encontrar algunas metas, algunas resonancias y encontrar algo de la felicidad.

ENTREVISTA A VIRGINIA TOSTO

-Fecha: **13/09/2021**

-Institución en la que se formó como Musicoterapeuta (año de graduación)

Me formé en la Universidad del Salvador en dos etapas. La primera etapa es la del título de Musicoterapeuta. Yo cursé entre los años '89 y '91, en ese momento no había licenciatura y el único lugar donde se daba la carrera era la Universidad del Salvador. El título que obtenías era el de Musicoterapeuta.

Luego con las licenciaturas en Musicoterapia en marcha en otras universidades, la Universidad del Salvador abrió lo que se llamó Licenciatura de excepción que estaba destinada a todos aquellos que habían tenido título de Musicoterapeuta. Completando un curso anual más una tesis se obtenía el grado de licenciatura. El trabajo que leíste tiene que ver con esa tesis (La construcción de evidencia en Musicoterapia clínica).

-Formación en otras áreas vinculadas al sonido y la música.

Yo toco la guitarra. Soy guitarrista. No sé si guitarrista porque me queda grande decir guitarrista, me da como mucho pudor. Toco la guitarra y ahora estoy estudiando cello que es un instrumento que siempre quise tocar y me resulta un desafío realmente. Me desafía en muchos sentidos.

También hice cursos de audioperceptiva y participé en coros a lo largo de los años en distintas formaciones.

-Otras actividades relacionadas con la Musicoterapia.

Hace dos o tres años que no tengo pacientes en forma directa.

Actualmente estoy supervisando en varios hospitales. Una de estas supervisiones es en el Moyano y la comparto con Marisabel. Después trabajé en el Hospital Rivadavia y en otro del Conurbano que se armó en función de la pandemia, del Covid y ahora ya está recibiendo pacientes. Es un hospital de alta complejidad.

Trabajo como docente en la UBA (Musicoterapia en el ámbito hospitalario) y en la UMAZA de Mendoza (Tesina y tutoría metodológica) ambas en las licenciaturas de Musicoterapia.

Me gusta mucho el trabajo de tutoría de tesis.

Estoy haciendo un doctorado en Epistemología que es lo que más me gusta en este momento.

Hace muchos años que trabajo en la biblioteca de ASAM. Soy parte de ASAM desde hace mucho tiempo.

-Área musicoterapéutica en la que se especializa.

Yo nunca trabajé en una sola área clínica.

Gran parte de mi trabajo fue con enfermedades crónicas y cuidados paliativos. Creo que esa siempre fue el área principal pero también me desenvolví en geriatría y en neurorehabilitación.

Trabajé con adultos, niños, con viejos, mujeres. Siempre me gustó descubrir la potencialidad de la Musicoterapia en distintas áreas.

Cuestionario:

1- ¿Cuál es su orientación o desde qué posición teórica lleva a cabo el ejercicio de la Musicoterapia?

Cuando me recibí enseguida arranqué a trabajar en el Hospital Muñiz e inmediatamente empecé a supervisar el trabajo. Formaba parte de un equipo donde éramos tres musicoterapeutas y supervisaba y estudiaba con Juan Manuel Rubio. El doctor Rubio es un Maestro para mí. Él es psicoanalista lacaniano así que tengo esa primera impronta de un ejercicio profesional vinculado a una posición teórica psicoanalítica.

Después siguiendo mi curiosidad fui a trabajar a neurorehabilitación. En ese campo el psicoanálisis era un marco teórico que no me permitía trabajar, no me daba elementos para hacerlo. Tenía que buscar algo más conductista, cognitivo si querés, más cognitivo conductual. El psicoanálisis no podía hacer nada en esa área.

Este es mi mejor aprendizaje al pasar por tantas áreas: distintas áreas necesitan referencias teóricas diferentes. Uno no puede decir que con el psicoanálisis se puede entender toda la práctica profesional. Probablemente si hacés una sola área, si te dedicás a Salud Mental, es probable que esa sea una buena referencia teórica. Pero si hacés neurorehabilitación o cuidados paliativos como me

pasó a mí, tenés que buscar otras referencias porque el psicoanálisis no explica todo. Ninguna teoría explica todo. Por eso tuve que buscar otras referencias teóricas.

Esa impronta psicoanalítica me dejó un aprendizaje sobre los lugares que la música ocupa o puede ocupar en los procesos terapéuticos. De esta manera aunque yo estuviese trabajando en neurorehabilitación tenía ese fondo, ese background: toda la experiencia de intersubjetividad en la música, el pensar la relación terapéutica como una coautoría y no como algo que se construye entre dos sujetos independientes uno del otro, el considerar la relación terapéutica como una construcción que es de dos personas o las que estén formando parte y que no hay algo así como un terapeuta que llega y que interpreta lo que otro suena o lo que otro dice. Cuando uno trabaja como terapeuta está implicado en la situación terapéutica y en lo que se produce, esa producción no es del paciente y yo puedo interpretarla de una u otra manera aplicándole un marco teórico. Si pienso en la relación terapéutica pienso que esa música que suena también es mi música, también yo soy parte de esa música, también es mi responsabilidad.

Todo esto creo que me marcó desde el inicio. Me parece que es el fundamento desde el cual trabajo, trabajaba cuando atendía a mis pacientes y trabajaré cuando los vuelva a atender.

P- ¿En las supervisiones sucede lo mismo?

Lo que sucede cuando uno supervisa es que hay que acordar con la persona o con el equipo si adhiere a esa idea porque esa mi forma de pensar la clínica, pero no necesariamente los colegas la piensan de la misma manera.

Cuando soy docente puedo dar razones para decir que esta es la mejor manera en algunas áreas, pero cuando superviso en realidad trato de entender cuál es la lógica del colega. ¿Qué es lo que me está preguntando? Mi idea de supervisión es que yo puedo tener un poco más de experiencia en algunas áreas y puedo tener más lecturas porque hay colegas que han hecho otro recorrido, pero tengo que escuchar lo que ese equipo o ese colega está precisando. No necesariamente él va a pensar la situación clínica como yo la pienso. Así que no, es diferente.

Cuando alguien te pide supervisar coincide con el contrato terapéutico en que es un espacio de mucha confianza donde el otro, entrega sus dudas o su ignorancia en el buen sentido. Hay algo que no puede resolver o que le está costando pensar. La idea del trabajo de supervisión es que la misma persona encuentre cuáles son sus recursos. Ahí la implicación es diferente.

Si querés lo que suena en una supervisión se parece más a una epistemología de la escisión no dialéctica.

2- De acuerdo a su experiencia ¿Cómo describiría la escucha en la clínica musicoterapéutica?

Vi esa pregunta y pensaba hay tantas clasificaciones posibles desde la Musicoterapia. Puede ser desde la Música, desde la Antropología, desde la Sociología, desde la Psicología.

Entonces lo que pensé es que la escucha para mí es lo central. La escucha así definida, en términos dialécticos, en términos de que yo tengo que crear las condiciones para escuchar al otro, pero también para que el otro me escuche porque lo que está pasando ahí es algo que nos atañe a ambos. Si bien tenemos lugares diferenciados en esa relación, lo que se construya como producción sonora es algo que nos implica a ambos.

En este sentido es fundamental escuchar esa producción para descubrir qué es aquello que contribuye a que el paciente esté mejor porque en esos lugares diferenciados el lugar que a mí me toca es el lugar del terapeuta, el lugar que tiene que facilitar el bienestar del paciente. Esa es nuestra función, nuestro rol, nuestro objetivo.

Entonces ¿cómo describir la escucha? En principio te diría que depende de los objetivos terapéuticos. Lo que haya que escuchar depende de los objetivos planteados para el paciente.

Yo leía tus preguntas y a mí me da la impresión, tal vez estoy muy equivocada, que estás pensando en el área de salud mental todo el tiempo.

A mí me da la impresión que para vos la escucha es como un concepto.

Lo primero que uno dice acerca de la escucha es que va más allá de lo sensorial porque es una posición. Se trata de albergar al otro, de entender al otro, de destrabar algo que al otro le provoca sufrimiento y que uno espera poder ayudar en ese proceso terapéutico. En ese punto creo que la escucha es central pero no es el objetivo de nuestro trabajo, es un medio.

Quizás vos te quedaste con mi trabajo de tesis en donde yo decía cómo pasamos de la escucha o de la información al dato. Cómo recortamos de todo lo que ocurre en una sesión aquello que es relevante para cumplir nuestra función. Cómo escuchamos esa producción sonora y detectamos ahí aquello que nos permite hacer una intervención en favor del bienestar del paciente.

Eso me parece que es lo central porque escuchar por escuchar no tiene sentido para mí. Se trata de escuchar para intervenir, aunque sea no diciendo nada, conscientemente evitando pronunciarse porque uno considera que esa es la intervención adecuada. Intervenir siempre pensando cuál es el sentido de escuchar, cuál es el sentido de que ese paciente esté en una sesión de Musicoterapia, o esté tocando, o esté cantando o esté haciendo lo que puede hacer.

El área de cuidados paliativos es un área que interpela mucho en eso. Cuál es el sentido de que yo esté aquí para una persona que está en fin de vida, para una persona que puede tener o no

dolor. ¿Cuál es el sentido de que yo esté aquí? ¿Qué le puedo ofrecer? ¿Cómo se describe la escucha en este campo particular? ¿Cómo percibo? ¿Cómo construyo datos a partir del trabajo con un paciente en cuidados paliativos? Eso es interesante porque te ubica en un lugar de separar la escucha de lo sonoro, de lo que suena furiosamente.

Por otro lado, yo creo que escuchar es inescindible de lo sonoro. No es posible escuchar sin pensar en algo que va a sonar. Es un término relacional. Cuando pensás voy a escuchar inmediatamente aparecen imágenes sonoras, aunque no suene nada, aunque la imagen sonora sea el silencio. Es como decir vi algo y tenés una imagen visual de algo. Esto desde la fenomenología.

Vos hablás desde la filosofía. No es posible pensar la escucha disociadamente del mundo de lo sonoro. No es posible. No se pueden escindir ambas dimensiones, la del sujeto que escucha y la del objeto escuchado que conforman la experiencia única.

P-Para muchos musicoterapeutas la escucha trasciende lo sonoro. ¿Vos qué pensás al respecto?

Sí, podría ser. Podría ser como una posición más abierta en relación al término. También algunos colegas dicen que la escucha trasciende lo sonoro por el lado del significado de lo que el paciente dice o no dice, dice a medias o quiere decir y no dice. Entonces se relaciona con lo que uno puede construir como significado a partir de haber escuchado eso. Yo ahí no estoy tan segura porque eso te llevaría a pensar que el paciente dice y vos escuchás e interpretás. Y yo no pienso que una relación terapéutica se construya de esa manera. Son lugares de implicación diferentes, pero es posible, no hay una única manera de pensar la construcción de un vínculo terapéutico así que puede ser.

3- ¿Qué niveles o formas de escucha de la producción sonora identifica en su tarea como musicoterapeuta?

¿Qué sería? Leí la pregunta y yo me decía ¿qué es?

Es verdad que si uno quisiera podría detectar distintos niveles de implicación en la escucha del paciente. Estoy pensando en el área de Salud Mental, si yo pienso en otra área de trabajo los niveles son diferentes.

En todo caso el objetivo terapéutico orienta la escucha. Si yo tengo por objetivo acompañar al paciente en fin de vida o tengo por objetivo colaborar con la rehabilitación motora o del lenguaje en un paciente que ha tenido un accidente cerebrovascular o ayudar a los padres de un grupo de

niños con TEA a que establezcan estrategias de comunicación con sus hijos, esos objetivos terapéuticos condicionan la escucha. Yo voy a escuchar, voy a privilegiar, voy a recortar aquello que me facilite cumplir con los objetivos, lo que me de herramientas para hacer mejores intervenciones.

Puede pasar que haya cosas que suenan y no escuche, puede pasar que escuche mal y puede pasar que escuche o asigne significado o sentido a algo sin haberlo consensuado con el paciente. Pueden pasar todas esas cosas y en todo caso entorpecen los procesos terapéuticos.

Entonces en relación a qué niveles o qué es lo que se escucha en una producción sonora te diría que es algo que debería estar sesgado por el objetivo del tratamiento.

Hay muchas cosas que suenan que uno no escucha. En Psicoanálisis te dirían que por eso los pacientes repiten, para que el terapeuta escuche de una vez por todas lo que le quieren decir. En Musicoterapia puede pasar eso. Puede pasar que un paciente repita, repita y repita no por la propia monotonía que le impone su neurosis o su trastorno de salud mental sino porque el terapeuta no escucha lo que el paciente dice. También puede pasar esto.

Igual a veces la cuestión de la escucha se manifiesta si el paciente es el que no escucha. Por ejemplo, cuando uno tiene claro los objetivos y puede trabajar con un equipo interdisciplinario, puede chequear si lo que piensa es compartido por los miembros del equipo, además hay un acuerdo en cuál es la mejor intervención y uno la hace y de todas maneras el paciente no puede escuchar. Eso también pasa.

4- ¿Cuál es el objetivo de la escucha en la clínica musicoterapéutica?

Es un medio, no es un fin en sí mismo. Es un medio para construir con el paciente una relación terapéutica es decir una relación que tiene por objetivo el bienestar del paciente.

El objetivo de la escucha es estar al servicio del proceso terapéutico del paciente.

5- ¿De qué maneras trabaja, entrena, ejercita o prepara la escucha en función de su tarea como musicoterapeuta?

Una de las primeras cosas es tener en claro para qué uno está ahí y no solamente quién está enfrente o quien está compartiendo el espacio terapéutico con uno, configurándolo con uno mismo. ¿Cuál es el sentido? ¿Cuál es el objetivo de que el paciente haga Musicoterapia?

Es una cuestión ética (a veces esa palabra es muy bastardeada) tener claro cuál es el sentido de estar en la sesión de Musicoterapia para el paciente, para mí, para ambos porque ambos somos los responsables de lo que ocurre ahí.

Luego es necesario un entrenamiento de ser escuchada, de pasar por la experiencia cotidiana de ser escuchada como paciente, de estar como quien diría del otro lado del mostrador. Yo creo que ese es un entrenamiento insoslayable por lo menos para los que trabajan en salud mental. Si uno pretende intervenir en ese campo me parece que tiene que poder haber sido escuchado y haber pasado por la experiencia de no escuchar o de no ser escuchado y todas las variantes posibles en torno a ubicarse como paciente en una relación terapéutica y ubicarse como co-constructor de esa relación.

En Musicoterapia me parece que también hay algo que nos facilita mucho el trabajo y es que en un plano diferente los músicos tienen que escuchar o tenemos que escuchar. Tenemos que poder captar la estructura que va por debajo de lo que suena para entender de que se trata lo que suena. Me parece que eso es importante también. Y es una ventaja para nosotros.

6- ¿De qué forma tocar música o intervenir sonoramente en una producción en la clínica afecta la escucha? ¿Qué características presenta esa escucha? ¿En qué aspectos se centra?

Sí, para mí necesariamente hay una diferencia. No sé si es para otros musicoterapeutas que tienen una posibilidad de percibir mayor. Yo tengo una enorme limitación con hacer muchas cosas a la vez. No, no puedo. Yo preciso acotar la dispersión.

Si estoy trabajando sonoramente prefiero enfocarme en dar curso a esa intervención. Lo mismo si pienso un tratamiento en que lo sonoro es aquello que tiene que primar por las características del paciente, por las limitaciones, por las posibilidades o por la condición clínica.

Si pienso que todo el proceso que vamos a vivir va a estar mayormente basado en intervenciones musicales, con música me refiero a que no son prioritariamente corporales o gestuales, sino que va a pasar por lo sonoro, entonces prefiero ajustarme a eso. Esto es por mi limitación de no poder hacer quince cosas a la vez porque después no logro pescar los datos, los indicadores para entender y evaluar lo que está pasando en ese proceso terapéutico.

Si yo pienso que el tratamiento tiene que ser más musical entonces hacer intervenciones verbales me complica. Igual hay que hacerlas, obviamente. Digo obviamente porque somos seres de la palabra, hablamos, nos comunicamos verbalmente, nos damos a entender a través del lenguaje.

Yo creo que aquello que sucede en la música tiene que ser de alguna manera puesto en palabras. Tal vez esa intervención pasaría a segundo plano.

7- De acuerdo a su criterio ¿Cuál es la música o la producción sonora relevante para el musicoterapeuta? ¿Cómo la describiría?

Ahí no tenés como una regla que diga esto es relevante y esto no.

Vuelvo a decirte que esto depende de los objetivos del tratamiento, depende del paciente y de la relación construida entre ambos.

Me parece que una pista para decir qué es relevante y qué no en el caso de la neurosis es preguntarle al paciente.

No creo que como nosotros trabajamos uno pueda decir qué es lo relevante. Ahí me parece que caemos en esto de que el que produce es el paciente entonces el terapeuta le asigna un significado y dice esto sí o esto no. Creo que en algunas áreas puede ser así pero no en todas. No sé, por ejemplo, en personas que tienen dificultades para el lenguaje verbal o algún deterioro o déficit cognitivo que les impide el pensamiento abstracto o un nivel de abstracción mayor, tal vez ahí uno pueda ofrecer interpretaciones, pueda ofrecer alternativas, puede preguntar ¿esto es así para vos?

Me parece que también las regularidades en las producciones sonoras marcan lo que pueda ser relevante para el paciente. Esto que decíamos antes: el paciente repite. Bueno, todos repetimos.

Creo que atender esas regularidades es un dato que uno tiene que poder agenciarse o apropiarse, así como atender a las interrupciones. Un paciente viene tocando de determinada manera y de pronto cambia algo como el registro en que lo hace. Creo que ahí las interrupciones también son datos a los que uno tiene que atender. Eso más en el plano de lo que suena en la producción.

Si me preguntás por el lado del significado, del sentido que eso puede tener para el paciente me parece que hay que preguntarle a la persona. A veces uno presta una hipótesis: ¿no será que? Y uno da lugar a una hipótesis clínica, pero con mucho cuidado, con mucha delicadeza viendo si la persona acepta esa hipótesis o por el contrario la rechaza que es una posibilidad también.

8- Según su experiencia ¿Qué relevancia tiene lo sonoro dentro de la producción discursiva en la clínica? Fundamental.

¿Qué sería discurso clínico? ¿Lo que dice un paciente?

Hay una discusión entre Tony Wigram y no sé si fue Mary Priestley o alguien de la Musicoterapia Analítica. Wigram dice que no, que lo que cuenta en las sesiones es aquello que ocurre cuando inicia la sesión, es decir cuando nos disponemos a trabajar. En cambio, los de la Musicoterapia Analítica dicen: todo cuenta. Cuenta el tamborileo de los dedos mientras el paciente espera que el musicoterapeuta saque los instrumentos, todo cuenta, todo es información para ellos. No lo sé. Hay momentos, según la clínica, en los que uno no puede no atender a aquello que está por fuera del encuadre terapéutico.

Ahora por ejemplo con la pandemia los encuadres se fueron al demonio porque estás atendiendo al paciente y te metés en su casa, pero el paciente también se mete en la tuya y escucha como tu perro ladra y vos escuchás como el perro de él ladra. Y escuchás y ves la falta de preparación que hay para las sesiones y ves a los padres desbordados y a la vez ellos también te ven desbordado o desbordada. Entonces creo que la pandemia nos hace pensar también en qué hacemos con lo que está en el ambiente y creo que es una decisión teórica. Los analíticos dirán que hay que tener en cuenta todo y Wigram dirá que no.

Si por ejemplo vos trabajás en hospitales ¿qué hacés con el ambiente? Es fundamental trabajar con lo que rodea al paciente durante la hospitalización.

Entonces ¿qué relevancia tiene lo sonoro? Y... no sé. Lo que sí sé es que uno tiene que tomar una posición tal vez no general pero sí para cada paciente. Tengo que determinar que parte del trabajo voy a evaluar, si voy a tener en cuenta los aspectos contextuales. En otras áreas no hará falta, pero uno tiene que ser consciente del valor de lo contextual y si lo va a tomar o no. Es una decisión como otra. Por ejemplo, si trabajás con adolescentes tenés que tomar en cuenta el contexto. No podés no entender el mundo en el cual ese paciente vive y cómo llega a la sesión y cómo se sienta y si hay algo que le molesta. Esas cosas del lenguaje corporal dan mucha información y si las podés leer te permiten ayudar mucho más al paciente.

9- ¿Qué escucha en una producción sonora en la clínica musicoterapéutica? ¿Qué busca escuchar? (signos, índices, orientado al orden semiológico)

Uno escucha lo que quiere escuchar y lo que la teoría le dice que puede escuchar. Uno escucha cargado de referencias teóricas que te van guiando sobre qué escuchar y qué no, dónde hacer foco y dónde no. Por ejemplo, si estás trabajando en neurorehabilitación y en la parte motora de la neurorehabilitación los signos corporales de confort o discomfort son importantes y uno los atiende, se agencia esa observación como dato.

Si trabajás en cuidados paliativos o mismo los colegas que trabajan con personas con Covid, la frecuencia respiratoria o el nivel de saturación de oxígeno es un dato que uno no puede no tener en cuenta.

En estos casos uno puede observar que la respiración se hace más lenta, más acompasada, más tranquila cuando un paciente escucha música. Ese es un dato, eso lo miro. Por supuesto que yo lo miro.

Hay algo que está sucediendo ahora con el tema de una enorme profusión de instrumentos de recolección de datos en Musicoterapia. Hasta hace pocos años atrás no había nada. Ahora tenemos cada vez más, mejores instrumentos, escalas, cuestionarios. Me parece que eso está bueno, es bueno para nuestra profesión. Pero pasó algo hace poco que me hizo pensar en esto, en qué evaluamos los musicoterapeutas, qué miramos de una producción sonora, a qué le prestamos atención, qué recortamos de esa producción. Muchas veces es algo que a nosotros nos interesa, pero no es algo que le interesa al paciente. Es que estamos muy preocupados con validar hipótesis clínicas que no compartimos con el paciente. Algunas veces sí, otras no. Ahí hay que tener cuidado para recortar o priorizar aquello que para el paciente es importante. Aquello que hemos consensuado con la persona cuando se puede consensuar o con la institución que es algo que también puede pasar. A veces no son los pacientes los que determinan cuáles son los objetivos del tratamiento sino las instituciones en las que ellos están.

En relación a la pregunta, depende. En cuidados paliativos vos mirás el estado de relajación del paciente, pero en Covid mirás el nivel de saturación de oxígeno. Son dos indicadores diferentes, pero ambos son importantes según el paciente para el cuál, está pensada la intervención.

10- ¿Cuáles son los aspectos/rasgos/características que identifica en una producción sonora?
(desde un orden técnico, vinculado al sonido)

El timbre. Para mí los timbres son reveladores, son indicadores. El tempo también, pero los timbres hablan mucho, dicen mucho de la cualidad de esa persona para comunicarse con los otros. El timbre y los matices. Los matices me parecen una delicadeza de la música. A esas dos cosas presto mucha atención cuando escucho.

11- ¿De qué formas registra la producción sonora de la sesión de Musicoterapia? (Crónicas, relatos, gráficos, etc.) ¿Con qué finalidad?

Siempre escribo en las historias clínicas. Hago gráficos muy sencillos. Me encantan los Diagramas de Venn, son tan fáciles. Entiendo todo con Diagrama de Venn. En general no grabo las sesiones. Hay colegas que están obligados a grabar las sesiones por esta cuestión de los abusos a menores en las instituciones. Muchas instituciones trabajan con cámaras entonces muchos colegas aprovechan esas grabaciones para pensar intervenciones. Yo no tal vez porque no tengo tiempo de volver a mirar esas grabaciones. Entonces, no grabo porque no tiene sentido para mí. Entiendo que a muchos les puede resultar útil y para trabajar con niños está muy bueno. Hay colegas que usan las grabaciones para las reuniones que tienen con los padres, eso me parece maravilloso. De esta manera les pueden mostrar lo que hace la Musicoterapia y los padres se sorprenden muchísimo de lo que sus propios hijos hacen con la música. Por eso me parece un recurso valiosísimo, pero yo no lo uso.

Para mí escribir en la historia clínica es una cosa bien seria. Yo no suelo poner el paciente se mostró colaborador. No, esas cosas no. Es una cosa bien seria poder dar cuenta del proceso que está haciendo el paciente. Para mí significa siempre un esfuerzo de precisión para poder decir con claridad lo que al paciente le sucede.

Los diagramas tienen más que ver con algo más personal que es cómo yo pienso la situación en que ese paciente está o lo que pasó en la sesión. Entonces hago inclusiones, intersecciones y esas cosas.

O los hago con una idea de proyecto a futuro, de decir a futuro me parece que el tratamiento debería ir por acá o que tendrían que pasar determinadas cosas. Son como pequeños esquemas que me organizan. Sobre todo, eso, me organizan temporalmente y me espacializan algo que vi o escuché en la sesión.

12.a-b- ¿Graba o filma las producciones de la clínica? ¿Con qué finalidad? ¿Qué aporta y qué se pierde en la escucha de una producción sonora grabada?

Yo trabajé mucho con grabaciones de los propios pacientes. Grabábamos, no filmábamos. Grabábamos las sesiones y después se las dábamos a los pacientes y ellos mismos encontraban sus propias músicas y era un buen recurso sobre todo para pacientes que estaban muy deteriorados. Yo trabajé con pacientes en la época en que el HIV era una enfermedad mortal y los pacientes estaban muy desintegrados física y psíquicamente entonces escuchar sus propias grabaciones les devolvían cierta idea de unidad. Ellos se sentían muy desorganizados, muy rotos, muy quebrados pero la música les daba una sensación de unidad, de estar enteros todavía cantando. Muchas veces utilizábamos las grabaciones de los pacientes que fallecían para entregárselas a las familias.

Hicimos muchas grabaciones de canciones de cuna de mujeres que sabían que iban a morir a corto plazo para que sean entregadas a sus hijos. Todo ese proceso fue posible por la grabación.

Ahora pienso que también los celulares facilitan muchísimo esta tarea. Creo que hay más para ganar que para perder.

Yo soy muy partidaria de usar la tecnología, las aplicaciones que se puedan usar para que los pacientes hagan música. Me parecen que las aplicaciones lograron que hacer música sea un juego. Te bajás una aplicación, tocás el pianito y te sale lindísimo. Podés poner una guitarra y le agregás percusión y en un rato alguien compuso algo. Esta posibilidad no estaba. Esta parte del desarrollo tecnológico me encanta.

Hoy en día todos tenemos una relación muy diferente con la música a lo que era hace 20 años atrás. Tenemos el Spotify, tenemos un montón de cosas que nos acercan muchísima música. Claro que hay músicas que no están. De todas maneras, yo creo que tenemos más para ganar que para perder en este aspecto. Tal vez sea mi espíritu optimista, no lo sé.

Hace dos años atrás atender online parecía una cosa herética. Se pensaba ¿cómo podía ser? que eras un musicoterapeuta de segunda. Era una cosa así porque lo que importaba era el cuerpo, la presencia, el vínculo. Vino la pandemia y tuvimos que repensar todo eso. Entonces el cuerpo importa, pero ya no tanto, la presencia física importa, pero ya no tanto y nos vamos arreglando y yo no sé si estamos haciendo Musicoterapia de segunda. Me parece que no. Me parece que el mundo nos pone condiciones para el trabajo como a cualquier profesional de la salud y salimos a responder y es lo mejor que podemos hacer en este momento. Por supuesto que la presencia física y el contacto es invaluable, pero cuando no están dadas las condiciones, hay que poder sostener no sólo los vínculos terapéuticos sino también los lugares de trabajo. Eso es importante también.

Me parece que la tecnología es fundamental. Mirá ahora estoy justo en contacto con dos colegas nuestros que están haciendo trabajos vinculados a la bioingeniería. Se trata de proyectos en base al uso de dispositivos que faciliten experiencias musicales para las personas. Yo creo que es ahí. La tecnología revolucionó el mundo de la música y obviamente tiene que revolucionar el mundo de la Musicoterapia. Es como una consecuencia directa.

13-¿Qué herramientas le resultan útiles para el análisis de las producciones sonoras?

Además de los diagramas yo suelo hacer como unas matrices muy simples. Cuadros de doble entrada o líneas y flechas. Líneas del tiempo. Son cosas muy simples. Las hago en papel porque me resulta mejor, es una cuestión personal. Entonces hago líneas del tiempo después le pongo flechas y cosas y tengo ahí como todo el proceso realizado. Esa forma me resulta cómoda.

14-¿Quisiera compartir alguna idea, pensamiento, reflexión, asociación, experiencia en relación a la escucha de la producción sonora en la clínica?

Hay algunos términos como escucha musicoterapéutica a los que yo siempre digo que necesito hacerles un doble click. Viste cuando en la compu hacés un doble click y se presenta un menú. Algo así.

Porque yo entiendo como ocurre con la idea musicalidad clínica, que son expresiones que nosotros usamos porque formamos parte de un colectivo profesional de musicoterapeutas que ahorran tiempo con esas expresiones. Funciona cuando decimos escucha musicoterapéutica y todos sabemos lo que decimos. Por tus preguntas me doy cuenta que no todos sabemos lo que decimos, que no todos coincidimos.

ENTREVISTA A ARIEL ZIMBALDO

-Fecha: 28/08/2021

-Institución en la que se formó como Musicoterapeuta (año de graduación)

Se formó como Musicoterapeuta en la Universidad de Buenos Aires y se graduó en el año 1998 como musicoterapeuta y en 2005 como Licenciado en Musicoterapia

-Formación en otras áreas vinculadas al sonido y la música.

Comenzó su formación como músico desde pequeño e hizo la carrera de Educación Musical en la Universidad de Rosario en la Facultad de Humanidades y Artes donde obtuvo título de Profesor Nacional de Música en el año 1983. Se especializó en música para niños iniciándose en esa área en el Collegium Musicum donde participó en la creación del Conjunto Sonsonando. Dicho grupo tenía por finalidad difundir la música de los niños incentivando el gusto por la misma al mismo tiempo que la creatividad desde una perspectiva saludable. Ariel se desempeñó como músico intérprete en esa área por al menos 30 años y considera que esta experiencia marcó grandemente su trayectoria en el campo de la musicoterapia con niños y adultos. Como musicoterapeuta se especializa en el área educativa y actualmente realiza investigaciones orientadas a los aportes de la musicoterapia en la formación académica del músico dentro de su proyecto doctoral.

-Otras actividades relacionadas con la Musicoterapia.

Trabaja en la formación de musicoterapeutas en la carrera de Musicoterapia de la Universidad de Buenos Aires desempeñándose como Prof. Regular de la asignatura Musicoterapia 1 y docente tutor en las Consultorías correspondientes al requisito de examen de acreditación de conocimientos musicales.

También es docente en UNA (ex Conservatorio Nacional) en una asignatura optativa “Introducción a la Musicoterapia”.

En relación al área de su interés en musicoterapia (Área educativa) trabajó muchos años en escuelas de recuperación y en escuela de ciegos.

En el Collegium Musicum², por su parte, creó el Departamento de Musicoterapia y coordinó este espacio durante muchos años.

Cuestionario:

1- ¿Cuál es su orientación o desde qué posición teórica lleva a cabo el ejercicio de la Musicoterapia?

Yo me interesé por el modelo de Terapia No verbal de Benenzon. Para mí la Musicoterapia desarrolla su práctica en la comunicación no verbal y la apertura de los canales de comunicación para conocer la ISO de los sujetos y desde ahí realizar la tarea terapéutica.

2- De acuerdo a su experiencia ¿Cómo describiría la escucha en la clínica musicoterapéutica?

Cuando hablamos de la clínica musicoterapéutica tenemos que empezar por hacer una serie de ajustes. Yo te voy a hablar desde mi perspectiva . . . La escucha es receptividad, atención, mirada y sentimiento. Es percepción y apertura. Es Amor. . . Tiene que ver con ese vínculo que se instala entre el terapeuta y el paciente para desarrollar una comunicación en donde “lo que se escucha” trasciende lo sonoro y posibilita instaurar la comunicación entre el terapeuta y el otro. La escucha se desarrolla sobre la base de una atención flotante por parte del terapeuta quien debe tener una posición de apertura y disponibilidad para acceder al universo del sujeto que está allí en el espacio terapéutico junto con él. Obviamente que el discurso sonoro que el sujeto manifiesta abre el encuentro con el terapeuta mediante el uso de la voz, del cuerpo, del movimiento, el uso de los objetos y una gama de infinitas posibilidades expresivas. Esa escucha a veces puede no ser sonora y rotar hacia la mirada (ver – saber ver) o la observación (monitorear) al paciente que puede no expresarse con sonidos. Ahí no podríamos decir que no vamos a hacer Musicoterapia ya que en su concepción no verbal, la escucha trasciende el oír (lo auditivo).

La escucha tiene que ver con la posibilidad de “abrir canales de comunicación no verbal” para conocer la identidad sonora (ISO) del o los pacientes. ISO es ese núcleo subjetivo - sensorial que emerge en la comunicación con un sujeto cuando se instaura una comunicación que puede ser “no verbal” y en donde lo sonoro de alguna manera lo muestra en lo que hace. Actualmente la

² El Collegium Musicum es una institución de educación musical y a partir de esa iniciativa comenzó a incluir poblaciones con problemáticas diversas

propuesta benenzoniana lo llama ISE (identidad sensorial). Desde esta perspectiva, la escucha del musicoterapeuta trabaja con la receptividad por parte del terapeuta y la expresión del paciente que incluye todas las posibilidades sensoriales.

3- ¿Qué niveles o formas de escucha de la producción sonora identifica en su tarea como musicoterapeuta?

Hay un nivel que podríamos pensar más cercano a lo que nosotros como músicos podemos conocer. Por ejemplo, ¿qué encuentro con el objeto sonoro hace el paciente? ¿Cómo lo hace? Si es una reacción, una acción- reacción porque hay algo y hace una y otra vez sin sentido.

Esa es una primera forma quizás de empezar a conocer la ISO/ISE del paciente. Luego a lo largo de un proceso de musicoterapia se podrá observar la transformación del sujeto en términos cualitativos y cuantitativos. En el “cómo” se expresa a través de los elementos que tiene disponible ya sea objetos sonoros, el mismo cuerpo o la voz se tomarán los parámetros musicales para observar cómo los usa: fraseo, respiraciones, niveles de intensidades al utilizar el material con cierta intención. Entonces digamos que pautamos gradientes de observación del discurso que están en relación a los elementos que la música nos ofrece cuando analizamos por ejemplo una obra musical. Nosotros los musicoterapeutas /músicos tenemos esta manera de escuchar. La música ofrece una posibilidad de analizar el discurso musical que trasladado a un sujeto que produce discurso no verbal en musicoterapia puede dar cuenta de si el paciente está realizando unos cambios significativos que indiquen un progreso para él. No porque lo que él está haciendo tenga que tener un criterio musical desde la perspectiva artística de la música, pero sí desde una estética personal que lo integra. Digamos que el sujeto va deconstruyendo/construyendo aprendizajes. Esto desde el punto de vista del proceso terapéutico es observable y es evaluable.

4- ¿Cuál es el objetivo de la escucha en la clínica musicoterapéutica?

El objetivo de la escucha es en primer lugar la posibilidad de abrir canales de comunicación para conocer el ISO del paciente para poder desde ahí abrir canales de comunicación no verbal y así encarar un proceso terapéutico. Interviene la escucha del terapeuta, pero también la escucha del propio paciente. En este sentido la escucha te va a servir para evaluar el proceso. La buena escucha posibilitará un mayor y mejor acompañamiento en la tarea terapéutica con el paciente.

5- ¿De qué maneras trabaja, entrena, ejercita o prepara la escucha en función de su tarea como musicoterapeuta?

Como musicoterapeuta es indispensable conocer tu propia identidad sonora, para eso tenés que realizar un trabajo personal de Musicoterapia Didáctica. Ese es el encuadre adecuado que se configura como un dispositivo grupal coordinado por un musicoterapeuta en interacción con otros profesionales. Ese contexto te permite entrenar la escucha y agudizar la observación.

Lo primero para desarrollar una buena escucha que como dije es más que oír, tenés que poder escuchar (te), conocer (te) qué pasa con vos, lo sonoro y la expresión en general donde interviene el cuerpo, la voz, el movimiento, el objeto. Ese es un trabajo permanente que tiene que hacer el musicoterapeuta en el cual aprende a conocerse como se vincula con los objetos, los sonoro, lo sensorio y el otro.

6- ¿De qué forma tocar música o intervenir sonoramente en una producción en la clínica afecta la escucha? ¿Qué características presenta esa escucha? ¿En qué aspectos se centra?

En el modelo en el cual me formé el terapeuta no toca necesariamente con el paciente, aunque podría ser que lo hiciera. En esta perspectiva de lo no verbal en realidad lo que se produce es una situación regresional, es decir el terapeuta regresiona básicamente a lo preverbal. Eso es lo que entrena en esa musicoterapia didáctica de la que te hablé y que luego con el paciente lo lleva a la acción. En realidad, lo que termina sucediendo en el contexto de lo no verbal es que el terapeuta ni siquiera es un observador de lo que sucede sino más bien es un acompañante o monitor que fusiona empáticamente su discurso con el del paciente. Digamos que resuena en lo que sucede en ese vínculo y se entrega a trabajar desde lo que surge del paciente. Allí la escucha forma parte de un todo sin acceder al registro verbal. Esto significa que no hay posibilidad de traducir en palabras de lo que sucede en el plano de lo no verbal porque lo que sucede en ese registro solo queda para ese registro. Cualquier cosa que uno dijera con la palabra acerca de lo sucedido estaría modificada puesto que lo que es solo se significa en el plano de lo no verbal. Esto es lo más parecido a lo que sucede en la música en la que no hay una traducción unívoca al registro verbal. Por ejemplo, tenés acá un teclado y yo toco esto (toca literalmente en un teclado 3 acordes) y yo te pregunto qué es esto. Y vos me decís hiciste un acorde mayor, después el cuarto menor y volviste al mayor. Bueno, esa es una explicación verbal del evento, pero el evento en sí no es eso. O me podrías decir: hiciste do mi sol, después fa - lab - do y volviste a do mi sol. Que es lo mismo que haber dicho hiciste el acorde mayor, el cuarto menor, etc. Dos maneras de decir eso que además no fue porque la única

manera que tenés de decirlo es así (vuelve a tocar literalmente los tres acordes). No hay otra forma de decirlo, es eso que sonó. Entonces en eso se centra la escucha en musicoterapia en lo que realmente es y no en lo que se explica en el plano verbal. En este sentido, en Musicoterapia cuando se regresa a la comunicación no verbal para trabajar con el paciente abriendo canales de comunicación no verbal no hay traducción posible al registro verbal porque ese discurso sonoro no admite traducción al registro verbal.

7- De acuerdo a su criterio ¿Cuál es la música o la producción sonora relevante para el musicoterapeuta? ¿Cómo la describiría?

No entiendo ... ¿Por qué debería haber música más relevante? No, no hay músicas relevantes. Las cosas son como son. El terapeuta debería estar disponible, abierto a las posibilidades que trae el sujeto con quien lleva adelante un proceso de musicoterapia. Si vos tenés un preconceito ¡Pobre paciente! No le estás dando la posibilidad al hombre, la mujer, el chico, la chica o quien sea que fuere que haga lo que puede hacer. Desde mi perspectiva, en la comunicación no verbal hay muchas posibilidades que puede encontrar alguien para contactarse con vos desde el amor, por ejemplo, golpear, acariciar, gritar, escupir, otras. El terapeuta tiene que saber que en su escucha activa está su cuerpo en acción y que el paciente con su cuerpo como herramienta de comunicación usa lo que tiene disponible. Por ejemplo, viene un paciente con todo su amor y te escupe. Y vos decís ¿y qué hago?, porque aparece el rechazo, yo no quiero que me escupan. Habrá que ver entonces cómo nos paramos frente a una situación de esas y ver el grado que pueda tener eso de riesgo para el terapeuta. Si te vas a enfermar en pos de otros... Y no... Tenés que preservarte. Hay que ir buscando formas de ayudar a la persona en la búsqueda de modos relacionales que no traigan consecuencias negativas ni para el paciente ni para el terapeuta. Ese sería el límite, aquello que pueda dañar queda excluido en un proceso terapéutico. Entonces cuando estamos en situaciones de riesgo en el trabajo con pacientes en ese caso hay que tomar todos recaudos que posibiliten la mayor libertad para que el sujeto se exprese. Por ejemplo, creo que te hablé que en algún momento de mi recorrido profesional trabajé en lo que se llaman las escuelas de recuperación. Ahí van niños con una fuerte tendencia a vincularse con actitudes violentas y se exponen a esa violencia de forma natural quizás abriendo canales de comunicación tirando objetos por el aire. En ese caso tenés que ser selectivo con el material que vas a incorporar, con el set instrumental con el que vas a trabajar. Seguramente vas a tener que fijarte de no dar entrada aquellas cosas que puedan resultar peligrosas o puedan lastimar a los pacientes o al terapeuta. Poner atención en los materiales que elegís para construir el set de instrumentos a utilizar es muy relevante en el proceso terapéutico.

Hay que buscar qué cosa sería relevante para el paciente para encontrar las metas en el proceso de musicoterapia. Serían relevantes aquellas cosas que puedan tener un lugar importante en la mejora del paciente y cobrarán relevancia aquellas otras que no lo fueron en un momento y que luego si por la transformación que ofrece el mismo proceso de musicoterapia, pero no porque haya un criterio a priori.

No sé si esta pregunta venía por si algunas músicas podían entrar y otras no... no sé si venía por ese lado. Eso no se puede decidir descontextualizadamente. Hay que ver el criterio para cada situación. Si estás trabajando en el contexto de lo no verbal y la búsqueda tuya es la apertura de canales de comunicación no verbal sobre la base de la historia sonora y la identidad sonora de un paciente y el paciente te trae un reggaetón, a mí podrá no gustarme el reggaetón, pero yo estoy trabajando desde un marco teórico y no estoy trabajando mis gustos personales. Creo que ahí es relevante poder integrar lo que trae el sujeto por lo menos desde esta perspectiva que te estoy diciendo. Otros que trabajan desde otra perspectiva capaz que dicen que no. Desde una terapia más conductual donde tienen organizados cuáles tienen que ser los pasos que hay que seguir y cuáles son quizás los ritmos, no sé, quizás dicen no, ese no es... tendrán su criterio. Yo no puedo decir que eso esté mal tampoco. Lo que yo digo es que yo no entro en esa línea, estoy en esta otra que acabo de relatar.

8- Según su experiencia ¿Qué relevancia tiene lo sonoro dentro de la producción discursiva en la clínica? Fundamentar.

Mira, tiene la relevancia que tenga para el paciente hacer uso de lo sonoro o no. Esa es la única relevancia que tiene. No es que uno como es musicoterapeuta tiene que imponerse y lo sonoro debe estar presente porque puede no ser eso. Algunos pacientes trabajan con el tacto, te tocan y está esa necesidad del contacto de lo corporal y no tanto eso de expresar sonoramente. A lo mejor uno puede decir: cuando está pasando la mano (acariciando) hay una sonoridad, yo voy a tomar esa sonoridad que vos ahora mismo no estás escuchando (estoy pasando la mano como quien se acaricia el brazo, yo siento como una fricción que sucede) que vos no estás escuchando y yo sí y que en la intimidad de la sesión con el sujeto se escucha. Es la mano pasando por el brazo y la tela del pullover es lo que está generando esa fricción. En ese sentido la relevancia que pueda tener es que no es lo primero que está trayendo el paciente porque lo primero que está trayendo es una caricia o quizás un contacto corporal y a lo mejor nosotros podemos hacer un pasaje a lo sonoro que

quedó en un segundo plano. Pero no estoy diciendo que lo tenemos que hacer, pero sí que puede ser posible. ¿Por qué no?

9- ¿Qué escucha en una producción sonora en la clínica musicoterapéutica? ¿Qué busca escuchar? (signos, índices, orientado al orden semiológico)

No sé si me pongo a buscar ahí, no sé. Yo creo que quizás observo cómo está produciendo ese sujeto (que es algo que hablamos en una de las primeras preguntas que me hiciste). Si está produciendo de una manera sin sentido porque responde como responde y se terminó, si empieza de esa forma, pero mientras se va desarrollando un proceso empieza a tener cierta consciencia, si queremos usar ese término, de que él está produciendo, que en eso que está produciendo está él. Como ahora mismo estoy yo en esto que estoy hablando. Entonces yo me encargo de buscar las palabras para que vos me entiendas lo que quiero decir porque estoy presente en mi discurso. Si me sale esto (golpea desordenadamente) mi presencia está como corrida porque estoy entregado a la cualquier cosa.

En ese sentido es necesario poner la escucha en cómo está produciendo el paciente. Si lo está haciendo de una manera desbordada sin ningún tipo de control o si empieza a tener un control. He tenido pacientes que por ahí vos le das un objeto y te lo termina tirando por la cabeza. Por eso es que hay que tener cuidado porque eso puede ser un contacto y una apertura de comunicación no verbal, pero si te tira un triángulo por la cabeza te va a lastimar y te puede hacer daño. Uno lo que tiene que cuidar es eso, qué cosas está pudiendo. La escucha está puesta ahí. Dónde está parado para hacer lo que hace y ofrecerle lo que esté disponible para que no se dañe a sí mismo y no dañe al terapeuta, es decir no dañe al otro.

Ahí vamos a poner la mirada o la escucha si vos querés usar ese término, para que entonces en esos cambios progresivos uno pueda ver si hay una transformación. ¿Y la transformación dónde va a estar? Y justamente en la presencia del sujeto en su propia producción sonora. Es decir, cuando deja de hacer una cosa totalmente de cualquier manera y empieza a tener un sentido que él le dé. No quiere decir que tiene que ser Mozart tocando una sonata sino Juancito o Pepito, pero con un sentido, el que Juancito o Pepito le encuentra y que se nota que Juancito y Pepito está presente en el discurso que está construyendo. Entonces ahí estaría puesta la escucha. Eso sería lo que te está dando cuenta de que está habiendo una transformación en el proceso terapéutico.

10- ¿Cuáles son los aspectos/rasgos/características que identifica en una producción sonora?
(desde un orden técnico, vinculado al sonido)

Sí, los perfiles. Perfiles de todo tipo. Las alturas, las intensidades, el uso de las tímbricas. En realidad, en todos, pero también hay que ver cuáles son las características que trae el sujeto. Quizás vos vas a una escuela de recuperación que es el caso que yo te puedo traer más personal. Lo que yo observé es que en general se presentan sonoridades fuertes, avasallantes, no se respetan partes ni estructuras. En este caso yo seguramente ponga la mirada en el trabajo que se haga con las intensidades, con las formas, obviamente con los timbres y también con los modos de acción que se emplean. Ahí se utilizaban mucho el golpe porque todos eran víctimas de todos. ¿Qué pasa con la búsqueda de modos de acción y su correlato en los modos relacionales que no sean tan violentos? ¿Qué pasajes empiezo a ver en el uso de los modos de acción y de las intensidades con las cuales el sujeto empieza a estar presente y no queda en el alienamiento que mostraba cuando comenzó? ¿se entiende?

Entonces la escucha va a estar puesta ahí en las intensidades y en otro caso por ahí va a estar puesta en las alturas, en los registros, en los timbres y en el modo en que los organiza, así como también en cómo se vincula con todos esos elementos. Por lo general se toman en consideración todos los parámetros. Puedo priorizar unos más que otros en algún momento. Tampoco hay una ley universal donde siempre hay que empezar por aquí o por allá. Hay que ver cuáles son las demandas, cuáles son las necesidades de los pacientes, pero vamos a tener que tomar en cuenta los distintos perfiles sonoros.

11- ¿De qué formas registra la producción sonora de la sesión de musicoterapia? (Crónicas, relatos, gráficos, etc.) ¿Con qué finalidad?

Sí, a veces hago algún gráfico de cómo se ubican los integrantes si se trata de un grupo, cuáles son los objetos que se utilizan, si se vuelve o no se vuelve al objeto. Yo tomo registro escrito antes y después de cada sesión. Algunas veces he grabado también. La finalidad sería observar y sacar conclusiones del uso que se va haciendo de los objetos y como se vincula con ellos y entre los integrantes del grupo. Se observa la transformación a lo largo del proceso.

12.a- ¿Graba o filma las producciones de la clínica? ¿Con qué finalidad?

A veces el impacto que te causa la escucha no es el mismo que el que te causa el registro escrito. Como te decía antes cuando toqué el acorde y vos me decías es un acorde mayor, uno menor pero no era eso, era lo que sonaba.

Muchas veces uno escucha y después más adelante volvéis a grabar y volvéis a escuchar y vos decís: ¡Uy! No parece la misma persona, mirá el cambio que se aprecia de ahí a acá. Mirá el uso de la voz que había aquí, mirá el uso de la voz que hay acá. Mirá cómo utilizaba acá el golpe, el objeto y cómo acá empieza a haber otra manera de conseguir la ejecución con el instrumento. Esa es la escucha que me da a mi cuenta del cambio que está haciendo el sujeto en el proceso musicoterapéutico.

12.b- ¿Qué aporta y qué se pierde en la escucha de una producción sonora grabada?

Pensemos cuando vamos a un concierto al teatro. Es como si vos me dijeras: ¿cuándo escuchás un disco en tu casa se pierde algo? Y sí, se pierde, pero me encanta escucharlo en mi casa porque digamos que hasta lo escucho mejor que en el teatro. ¡Qué se yo! Ecualizo como a mí me parece, estoy preservado acústicamente de cualquier otra filtración. ¿Ahora bien, pero que falta?... y . . . no veo al o los músicos en la acción de tocar que me podría estar impactando y moviendo otras cosas. No lo veo quizás no siento en la respiración humana ni el olor y el clima del lugar

La grabación lo único que hace en el caso de la musicoterapia es dar cuenta del cambio que pudo haber porque esa grabación tiene por objetivo evaluar un proceso, un trabajo en términos sonoros. Me va a mostrar eso. Obviamente no me va a mostrar el todo porque no lo registré. No va a ser lo mismo que cuando alguien está tocando, ahí pasan otras variables que no están en la grabación. Como ya dijimos desde esta perspectiva la escucha es mucho más que oír e implica toda la sensorialidad al servicio de la comunicación.

Pero volviendo a lo no verbal se trata de variables que igualmente no son traducibles al registro verbal. Entonces acá lo único traducible que puede haber es si hubo un cambio cualitativo en las intensidades. Uno puede hacer un relato en relación a esos cambios y entonces mostrar que ha habido una transformación que parece ser positiva para el sujeto. De esto también dan cuenta los comentarios que tenés de la familia que te va diciendo si la persona está mejor o qué le está pasando en su vida cotidiana.

En definitiva, un proceso terapéutico tiene que ver con mejorar la vida cotidiana de un sujeto, es decir, por ejemplo, si antes no hablaba ¿ahora puede hablar?, si lo hacía dificultosamente ¿habla mejor?, si antes no podía tomar los cubiertos para autovalerse en la alimentación ahora

¿puede hacerlo? Esto sería. . . A nosotros nos toca trabajar desde la parte musical. Nosotros tenemos que ir viendo cuáles son los elementos que nos está dando la música que redunden en una mejora en la vida cotidiana del paciente. Con la grabación podemos hacer esta relación si bien todas las otras variables se van a perder cuando las vayamos a escuchar. En todo caso esas variables quedarán en el impacto que tuviste en el momento de la sesión. En mi práctica profesional pocas veces he grabado o filmado en sesión, pero siempre que lo hice fue para compartirlo con el mismo paciente.

13- ¿Qué herramientas le resultan útiles para el análisis de las producciones sonoras?

La escucha básicamente. Para mí centralmente el saber musical que es lo que dije de entrada. Yo creo que el musicoterapeuta tiene que tener un saber musical a la altura del músico sin ser músico de profesión necesariamente. Sin duda el saber musical es la herramienta porque ahí es desde donde se para básicamente una disciplina como la nuestra y es lo que la diferencia de cualquier otra. Justamente se trata de las posibilidades que tiene la música y del análisis de la música, de la música como expresión humana. Por eso mismo es posible su utilización terapéuticamente. Y digo que no es necesario que tengamos que tener un paciente músico, sino que es el saber musical del terapeuta el que le sirve para acercarse a lo humano del paciente.

14- ¿Quisiera compartir alguna idea, pensamiento, reflexión, asociación, experiencia en relación a la escucha de la producción sonora en la clínica?

Yo siempre hablo de escucha y producción. Para mí son los dos pilares en los que se fundamenta la musicoterapia. Creo que en esta entrevista estuvimos desarrollando la producción conjuntamente con la escucha. Es que no podría ser de otra manera.

En relación a la perspectiva de lo no verbal, es sumamente importante trabajar con lo natural y con la naturaleza. Entonces será conveniente incluir sonoridades del entorno natural como el viento, relacionarte con el agua, la tierra y los rituales en posición de fogón. También todo lo que tenga que ver con el contacto y con la línea histórica del desarrollo de un objeto sonoro, de un instrumento va implícito en la búsqueda de la identidad sonora y del contacto vincular in situ de dos seres humanos que se encuentran. Esto también forma parte de la escucha en musicoterapia.