



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
ESCUELA DE POSGRADO**

**MUSICOTERAPIA EN LA EDUCACIÓN ESPECIAL DE JÓVENES CON
DISCAPACIDAD VISUAL.**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL POST-TÍTULO EN TERAPIAS DE ARTE CON
MENCIÓN EN MUSICOTERAPIA.**

**ALUMNO: SERGIO BURGOS ACEVEDO
PROFESOR GUÍA: PATRICIA UBILLA C.
SANTIAGO, CHILE**

2010

AGRADECIMIENTOS :

A mis padres y a Vanessa, por la paciencia, el tiempo y el apoyo.

A Jorge Veloso, por las conversaciones y la pregunta constante.

TABLA DE CONTENIDOS.

RESUMEN.....	pág. 6
I. INTRODUCCIÓN.....	pág. 7
II. DEFICIENCIA VISUAL E IMPACTO PSICOPEDAGOGICO.....	pág. 8
1. Principales Dificultades Psicopedagógicas.....	pág. 10
III. CONCEPTOS MUSICOTERAPEUTICOS IMPLICADOS.....	pág. 13
1. MTP en la Educación Especial de Discapacitados Visuales.....	pág. 13
1.1. Objetivos de la Intervención Musicoterapéutica.....	pág. 14
2. Terapia de Libre Improvisación (Modelo Alvin).....	pág. 19
IV. CONCEPTOS PSICOLÓGICOS IMPLICADOS.....	pág. 23
1. La Integración Sensorial.....	pág. 23
V. INTERVENCION MUSICOTERAPEÚTICA.....	pág. 28
1. La Institución.....	pág. 28
2. La Experiencia Grupal.....	pág. 28
2.1. Definición de Objetivos.....	pág. 28
2.2. Características Generales.....	pág. 29

2.3. Características Individuales.....	pág. 29
2.4. Encuadre.....	pág. 32
2.5. Técnicas y Actividades.....	pág. 33
2.6. Desarrollo de las Sesiones.....	pág. 33
2.7. Resultados de la Intervención.....	pág. 41
3. Análisis de la Intervención Musicoterapéutica.....	pág. 42
3.1. Análisis de lo Técnico.....	pág. 42
3.2. Análisis de lo Vincular.....	pág. 45
VI. CONCLUSIONES FINALES.....	pág. 49
VII. BIBLIOGRAFIA.....	pág. 54

INDICE DE CUADROS.

PROTOCOLO DE MUSICOTERAPIA SESION N° 3.....pág. 34

PROTOCOLO DE MUSICOTERAPIA SESION N° 4.....pág.36

PROTOCOLO DE MUSICOTERAPIA SESION N° 8.....pág. 37

PROTOCOLO DE MUSICOTERAPIA SESION N° 10.....pág. 39

RESUMEN.

Esta monografía describe la intervención musicoterapéutica realizada durante la experiencia práctica en la institución Hellen Keller, con niños y niñas con discapacidad visual, todos con la característica común de presentar una carencia total de la visión.

El objetivo inicial de la intervención fue en primer lugar dar respuesta a las necesidades de la institución, la que derivaba a estos jóvenes hacia la actividad musicoterapéutica precisamente por presentar problemáticas sociales y relacionales de distinto tipo. A partir de los primeros acercamientos se define una intención terapéutica, a saber: equilibrar expresivamente al grupo. Este objetivo se definió como: facilitar que cada miembro del grupo se desplegara expresivamente a través de alguna de las actividades sonoro-musicales, desarrollando simultáneamente un sentimiento de pertenencia grupal, que permitiera un equilibrio entre tolerar y ser asertivo en el conjunto de pares.

La intervención fue de carácter principalmente activo en una primera fase de la intervención, para luego tender progresivamente hacia lo receptivo. Se le dió un uso a lo sonoro-musical consistente en tocar-cantar (lo activo) y escuchar (lo receptivo), siempre asociado a un fuerte componente de expresión corporal, baile.

Su carácter también fue inclusivo, es decir, que permitió incluir todo tipo de actividades que emitan o reciban sonido y música. Esto la acercó a la Terapia de Libre Improvisación de Alvin. Esta cercanía no fue sólo por el uso libre, activo y/o pasivo, de los elementos sonoros, sino también por la concepción de lo recreativo.

Finalmente el análisis técnico del proceso y sus resultados permitió postular que un trabajo musicoterapéutico, sostenido y organizado, enfocado a promover expresión corporal, en las formas específicas del canto y el baile, resulta en el desarrollo y afianzamiento del esquema corporal, control emocional y certeza cognitiva; que se traduce en un mayor sentimiento de seguridad, que a su vez facilita el logro de habilidades sociales.

Por su parte el análisis de lo vincular, de índole más crítica, nos indicó que al proceso global le faltó tiempo para la generación de un vínculo grupo-terapeuta más sólido, que permitiera el logro pleno del objetivo inicialmente planteado. Sin embargo fue suficiente para desarrollar un inicio de afiatamiento grupal en torno a una actividad sonoro-musical cada vez más atractiva y enriquecedora.

I. INTRODUCCIÓN.

Esta monografía se basa en la experiencia práctica realizada durante los meses de septiembre a diciembre del 2008, en la institución Hellen Keller, con niños y niñas con discapacidad visual (en adelante D.V). Todos con la característica común de presentar una carencia total de la visión. La práctica consistió en un proceso musicoterapéutico grupal conformado por tres niñas y dos niños cuyas edades variaban entre los 11 y los 14 años. Y en otro de carácter individual, conformado por una niña y un niño, ambos de 11 años. Era por lo tanto un grupo de pre – adolescentes.

La siguiente monografía describirá el proceso musicoterapéutico grupal y cómo en él, paulatinamente, se fue develando la importancia que tenían algunos elementos, en función de las necesidades educativas especiales requeridas por las personas con discapacidad visual.

En términos generales, las observaciones realizadas permiten enunciar que un proceso musicoterapéutico dirigido a personas con D.V. debe estar centrado en actividades sonoro-musicales que promuevan la expresión corporal. Y se debe entender a ésta como el movimiento generado en el cuerpo a partir de la interacción con el sonido y la música.

Esto porque es en el cuerpo donde están los otros sentidos que permitirán desarrollar la compensación necesaria; particularmente el sentido de la audición y el táctil-cinestésico. Y también porque es en el cuerpo donde se manifiesta el impacto y el daño producido por una inadecuada satisfacción de sus necesidades educativas especiales; que se expresa muscular y posturalmente como una contracción, y que se traduce conductualmente como escasa movilidad y tendencia al aislamiento.

También incluirá una revisión crítica del proceso de vinculación. Esto a partir de la comprensión de que hay por lo menos dos niveles de análisis; uno que relata lo que se hizo, y otro que describe lo que se sintió y que necesariamente pasa por el relato subjetivo. Es pertinente señalar que la idea más relevante al respecto es que lo terapéutico es un fenómeno esencialmente emocional y que implica un delicado involucramiento estratégico o manejado con el o los otros. Es definitivamente lo más importante y sin su presencia lo otro, lo que se hizo, por más interesante que sea, no pasa de ser un ejercicio intelectual.

II.- DEFICIENCIA VISUAL E IMPACTO PSICOPEDAGÓGICO.

Se considera a la vista como un sentido social, ya que desde el momento mismo del nacimiento la mayoría de las nociones aprendidas se captan a través de las vías visuales.

Los términos que describen diferentes niveles de déficit visual, aluden a una reducción de la agudeza visual, debido a una patología o trauma que afectó a la zona ocular o cerebral.

Una persona con deficiencia visual es entendida entonces como aquella que padece una alteración permanente en los ojos o en las vías que conducen el impulso nervioso visual.

En términos médicos, la deficiencia visual puede presentar distintos grados de variabilidad, desde la ceguera hasta deficiencias visuales mínimas. Para clasificar ese abanico de posibilidades se han considerado la agudeza y el campo visual, variando los criterios de evaluación de un país a otro. Aún así, en términos generales se distingue entre:

Visión parcial: cuando la persona afectada muestra dificultades para percibir imágenes con uno o ambos ojos, necesitando lentes u otros aparatos para normalizar la visión.

Visión escasa: cuando el resto visual¹ de la persona sólo le permite ver objetos a escasos centímetros.

Ceguera parcial: cuando el resto visual sólo permite captar la luz, sin formas, sólo bultos y algunos matices de colores.

Ceguera: Son ciegos quienes no perciben nada o apenas algo de luz. En estos casos es importante distinguir si esta ceguera es de nacimiento o adquirida.

Esta disminución parcial o completa de la capacidad de visión condiciona el desarrollo de la persona con D.V, requiriendo atención a sus necesidades especiales. Dentro de estas necesidades interesan particularmente aquellas que tengan relación con su formación psicológica, corporal y educacional.

¹ Resto visual es el nombre que designa al porcentaje de visión que conserva una persona con deficiencia visual.

Para realizar un diagnóstico acabado de un deficiente visual se debe recoger información lo más completa posible para cada caso en particular, a fin de dar respuestas específicas a sus necesidades especiales.

Se evalúan de acuerdo a dos tipos de valoraciones:

Valoración del déficit visual. La deberán realizar especialistas que explorarán las principales variables que actúan en el proceso de la visión; agudeza visual, campo visual, cromatismo y fondo de ojo.

Valoración psicopedagógica del sujeto que la padece. Aquí se evaluará el impacto de la deficiencia sobre aspectos psicológicos, corporales y educacionales de la persona.

Más específicamente se evalúan las siguientes áreas:

Afectividad.

Aptitud cognitiva y verbal.

Relaciones interpersonales.

Conducta adaptativa.

Personalidad.

Psicomotricidad.

Rendimiento académico.

Sentidos perceptuales.

En la valoración psicopedagógica se expresan los asuntos sobre los cuales trabaja la educación especial y particularmente, la musicoterapia, vale decir, aspectos psicológicos, corporales y educativos.

En la medida en que la educación especial y la musicoterapia apoyan y promueven una mayor puntuación en estas áreas, la evaluación final será positiva y será esperable un mejor pronóstico de inclusión social en personas con D.V.

Esto considerando que, si una condición de ceguera no tiene cura y es de por vida, los déficit generados por su impacto; a nivel psicológico, corporal y educacional, sí pueden ser atenuados y

modificados por la acción de la educación especial y particularmente, como veremos, por la acción de la musicoterapia.

Al respecto es interesante recordar a Vigotsky quien plantea que “Un niño con defecto no es indispensablemente un niño deficiente. El grado de su anormalidad o normalidad depende del resultado de la compensación social...el defecto por sí solo no soluciona el destino social de la personalidad sino sus consecuencias sociales, su realización sociopsicológica.”²

1.-Principales Dificultades Psicopedagógicas.

Algunas de las dificultades más importantes que pueden presentar las personas con D.V son: autoimagen alterada y deficiencias en el vínculo madre-hijo. Distorsión en la percepción de la realidad, con integración pobre o confusa de la misma, imposibilidad de imitar comportamientos, gestos y juegos. Dificultades en el control del mundo que los rodea, ritmo más lento de maduración y desarrollo, particularmente en el aspecto motor, trastornos en la atención, necesidad de una estimulación lo más precoz posible³.

El retraso de más cuidado es el psicomotor. En ésta área hay una tendencia a la pasividad, a no interactuar con el medio.

El niño con D.V puede tener dificultades para conocer su esquema corporal, posee posturas defectuosas y movimientos estereotipados.

Presenta dificultades para conocer el espacio, ubicarse y orientarse en él, dificultades con el concepto lejos-cerca, e incluso con la noción de tiempo. A este respecto tiende a ser individual y no considera al tiempo social.

Asimismo va a tener dificultades con la imitación de movimientos, siendo necesario que los sienta en su propio cuerpo.

Los miedos e inseguridades derivados de esta situación corporal pueden retardar y obstaculizar su desarrollo.

² Vigotsky citado en MORAES G. B. Marilda y Palácios Ayola. Desarrollo del Niño con Deficiencia Visual desde una Perspectiva Sociocultural.[en línea]
<http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/desarrollo.pdf>
[consulta:octubre,2009]. P.12.

³ Galet y Lorente.Evolución Histórica del Concepto de Ceguera y Deficiencia Visual.[en línea]
www.ugr.es/iramirez/Defvisual.doc[consulta: marzo 2009].

En los niños con D.V existe una alteración en la relación con el medio que influye por supuesto en el desarrollo social y de su personalidad. No ver significa la necesidad de establecer otro tipo de contactos con el ambiente y eso es difícil si no se tienen las mediaciones adecuadas. Por lo mismo son frecuentes las dificultades para estar en conexión con el medio, asociado a una pérdida de control de lo que ocurre en el entorno. Esto provoca un estado de inseguridad que puede generar las siguientes conductas:

ansiedad

pasividad

dificultad para las interacciones

aislamiento

dependencia física y afectiva

irritabilidad

sensibilidad ante las frustraciones

bajo autoconcepto

El área de los procesos socio-relacionales se ve particularmente afectada. Hay que pensar que la aparición de la deficiencia visual usualmente coge de sorpresa a la familia, que no sabe cómo reaccionar adecuadamente, normalmente por falta de información, con lo que se tiende a la sobreprotección, generándose dependencia de los adultos, falta de confianza en sí mismo y bajo autoconcepto, especialmente en su aspecto afectivo, la autoestima. Por otra parte nacen temores, se desencadena una inhibición de la inquietud intelectual y de competitividad casi generalizada, retraimientos, complejos, etc., que llevan finalmente a una tendencia a la incomunicación y a la falta de interés por la interacción con los demás.

Del mismo modo, este retraimiento ocurre a nivel corporal, afectando la propiedad del movimiento. Cada fase del desarrollo psicomotor, aparición de reflejos y habilidades de coordinación, se ven retrasados.

En términos generales el niño con D.V tiende a sentirse poco motivado para el movimiento. Se muestra pasivo, inactivo y reacio a abandonar la seguridad de su limitado espacio.

Asimismo, su expresividad está disminuida, gesticulando menos con las manos que con el cuerpo. Por lo mismo suelen ser propensos a desarrollar estereotipias y tics.

Finalmente, el retraimiento puede llevar a un aislamiento en el que las habilidades sociales de estas personas se ven seriamente mermadas. Numerosos estudios⁴ han puesto en evidencia que el desarrollo social de las personas con deficiencia visual cursa de forma diferente al de una sin esta discapacidad.

Se señala en general un pobre funcionamiento social. Comparaciones realizadas han dado cuenta de déficit en habilidades verbales y no verbales. Asimismo, en relación a la asertividad, se ha observado que las personas con D.V son muy pasivas o muy agresivas, fundamentalmente por sus carencias comunicativas.

Se habla de aislamiento, en relación a los altos porcentajes de juego solitario que presentan. También se observa que un alto porcentaje de sus interacciones son con adultos y no con sus pares.

En síntesis, hay acuerdo en que las personas con D.V se encuentran en un riesgo potencial de presentar áreas sin desarrollar en su madurez social y dificultades en la interacción social, tanto en el inicio, mantención y finalización de ésta. La posibilidad de que este riesgo se concrete en cualquier medida, va a depender en forma muy sensible de cuan óptimo y completo sea el trabajo de mediación a realizar para facilitar su inclusión. A este respecto la musicoterapia va a cumplir un rol especialmente delicado al estar su trabajo enfocado sobre el cuerpo físico y emocional de la persona con discapacidad; y será su objetivo entonces promover y facilitar el progresivo manejo muscular, el despliegue de los movimientos y finalmente, ofrecer mayores alternativas de expresividad.

⁴ Galet y Lorente. Evolución Histórica del Concepto de Ceguera y Deficiencia Visual. [en línea] <www.ugr.es/iramirez/Defvisual.doc> [consulta: marzo 2009].

III. CONCEPTOS MUSICOTERAPÉUTICOS IMPLICADOS.

1.- Musicoterapia en la Educación Especial de Discapacitados Visuales.

La musicoterapia (en adelante mtp) se utiliza con éxito en numerosas instituciones especializadas en la reeducación de niños con dificultades de adaptación conductual y de educación especial, por sus efectos positivos, produciendo relajamiento o acción, según los casos, y creando una atmósfera de disfrute y confianza.

Si partimos de la premisa de que la música enriquece la vida, será entonces necesario que rodee al niño discapacitado un ambiente musical rico y controlado en estímulos, puesto que esta experiencia sensorial es la que va a potenciar un desarrollo emocional, psicofisiológico y social equilibrado. Una estimulación de los sentidos proporcionará la posibilidad de reeducación y recuperación. Le entregará a las personas con discapacidad el bagaje de experiencias sensoriales, motoras, emocionales y sociales necesarias para que desarrollen la compensación adecuada a su condición.

En musicoterapia no sólo se ocupa la música sino que también el sonido, y todas las múltiples posibilidades asociadas a la generación de éste; discriminación, asociación, realización de juegos sonoros, descripción sonora de instrumentos, voces, naturaleza, cuerpo humano, representación gráfica, a través del color, instrumentos electrónicos, representación corporal, etc.

El movimiento también es un elemento imprescindible. Al ser la música un arte dinámico es inevitable que el movimiento sea protagonista. Esta característica de su naturaleza le permite asociarse al movimiento tanto desde lo espacial como desde la perspectiva del paso del tiempo, es decir, incorpora lo temporal. La necesidad que siente el niño de expresarse, de moverse constantemente, puede y debe ser aprovechada para abrir canales de comunicación que permitan procesos de recuperación para un desarrollo físico, emocional y mental integrados.

El niño sin D.V aprende a través de la exploración visual y táctil del mundo que lo rodea. No solamente reconoce a las personas sino que también discrimina, compara, recuerda e identifica. Aprende que los objetos, aunque desaparezcan de su vista, pueden volver a aparecer y no dejan de existir.

El niño con D.V se tendrá que enfrentar con dificultades que sólo podrá superar mediante una educación específica y un desarrollo adaptado a su deficiencia, es decir que se haga cargo en forma óptima de sus necesidades educativas especiales.

Lo primero a destacar es la necesidad de abordar a tiempo y debidamente las condiciones que les permitirán desarrollar habilidades para el desenvolvimiento individual y social. Deberá aprender a través de medios y métodos especiales que le han de ser enseñados desde los primeros momentos de su desarrollo. Tendrá sus sentidos de la audición y el tacto más sensibilizados, situación que deberá ser aprovechada para desarrollar esta compensación.

Es preciso estudiar las características particulares del niño con D.V para plantear con precisión el enfoque musicoterapéutico.

El niño con D.V responde fácilmente a la música y al sonido, generándole un interés y atención excepcionales, debido a que la música es uno de los placeres que puede disfrutar plenamente. La música es un medio para restablecer la autoestima, la comunicación y la integración social que tanto necesita. Debido a la inseguridad natural que sienten frente a las situaciones desconocidas es importante que las sesiones de mtp le inspiren autoconfianza al realizar actividades que sea capaz de superar.

La expresión a través de la música es importante para un niño con D.V. Sus posibilidades son semejantes a las de un niño normal pero han de hacerse las adaptaciones correspondientes a su defecto. Así por ejemplo, existe un método Braille para la lecto-escritura de la notación musical, adaptación para el caso de aquellos que sigan estudios musicales.

En términos más generales se ha observado que responden significativamente a los elementos constitutivos de la música (ritmo, melodía, armonía), y a los parámetros musicales (altura, intensidad, timbre y duración).

1.1.-Objetivos de la Intervención Musicoterapéutica.

Recuperación de la pérdida de seguridad psicológica, estabilidad emocional y autoestima.

Desarrollo de la expresión emocional que es socialmente aceptable e interiormente gratificante.

Desarrollo de la seguridad física a través del ritmo y el movimiento, dándole soltura e independencia.

Ruptura de bloqueos que le han llevado a inactividad corporal.

Facilitar movimientos de marcha, coordinación, lateralidad y equilibrio.

Control de la respiración y tensión muscular. A través del canto desarrollo y relajación de garganta, pecho y diafragma.

Adquisición de valores culturales de apreciación musical.

Desarrollo de la creatividad, fantasía e improvisación, necesaria para disminuir la rigidez y desarrollar la espontaneidad de pensamiento y acción.

Comprensión de la rítmica que implica la coordinación entre movimiento, música y palabras. Esto desarrolla sentido de la dirección (orientación espacial).

Adquisición de destrezas instrumentales mediante la manipulación de los instrumentos.

En suma, desarrollo de la percepción auditiva, táctil y cinestésica, para que asuman su rol de compensación.

Con el fin de paliar los déficit producidos por el impacto del defecto y constituirse por lo tanto en una adecuada herramienta de inclusión social, el musicoterapeuta deberá adaptar esencialmente todo método al objetivo de facilitar la integración de la experiencia auditiva, táctil y cinestésica, su aprendizaje y memorización, para poderlas reproducir y expresar.

Será importante procurar siempre que el niño sienta que logra las metas propuestas, que comprenda que va superando dificultades. Se entiende entonces que los procesos de las sesiones deben ser algo tangible para el niño.

Para la autora Lacarcel⁵ los principios de la musicoterapia con el deficiente visual son los siguientes:

Individualización hasta que sea capaz de integrarse en un pequeño grupo en actividades de canto, ritmo, instrumentación o movimiento.

Dar a los ejercicios y actividades un sentido concreto, entendible por el educando.

Mayor estimulación y motivación, con consignas claras y precisas.

⁵ Lacarcel, Musicoterapia en Educación Especial, 1990, p.60.

El educando debe sentir su autorrealización por medio de la música, y afianzar su personalidad a la vez que amplía sus recursos de comunicación.

Se trabajará con áreas específicas; Educación Vocal y Canto, Ritmo y Movimiento, Instrumentos y Audición Sonoro-Musical.

Educación Vocal y Canto:

La estimulación auditiva desde temprana edad incidirá en la seguridad con que la persona enfrentará el medio sonoro, en el que deberá desenvolverse. Este desarrollo le permitirá discriminar en forma correcta los sonidos, su comprensión y procedencia, además de fortalecer su aprendizaje del lenguaje oral. La educación del oído va a facilitar el desarrollo de la comunicación oral normal, ya que estas personas adolecen de expresión facial por falta de modelos, y por tanto corresponde a la voz con sus matices de inflexión, acentuación, volumen y altura, cubrir la laguna comunicacional existente.

La discriminación de voces, , juegos vocales y efectos especiales, recitación de poemas con diferentes matices, ejercicios de articulación, dicción, vocalización, juegos con los parámetros, juegos musicales y prosódicos con inclusión de movimientos y efectos instrumentales, etc., serán los ejercicios y actividades que lleven al niño a una participación activa y alegre en el quehacer. La música, al ser vivenciada como una experiencia emocional no visual, penetra más íntima y profundamente en el niño. Es por medio de la interpretación melódica y de canciones donde siente más cerca la autoexpresión plena, siente que puede comunicarse e integrarse socialmente.

Ritmo y Movimiento:

En las personas con deficiencia visual es notoria la rigidez y limitación general del movimiento, debido a la inseguridad de no percibir completamente el medio.

La hipotonía, que los lleva a arrastrar los pies son síntomas de un inadecuado desarrollo motor por falta de estímulos y atenciones específicas.

El moverse sólo es una habilidad que requiere capacidad para juzgar la profundidad, la direccionalidad, el espacio y la distancia. Todas estas capacidades se pueden desarrollar si se plantea una educación auditiva adecuada y desarrollamos la atención, la percepción y la discriminación.

La mala integración del esquema corporal, la deficiente coordinación de las partes del cuerpo, la mala o inexistente coordinación visomotora, hace que las actividades rítmicas y de movimiento sean medios de desarrollo físico y personal así como de integración social.

Instrumentos:

Desde que el niño es pequeño se le ha de enseñar a discriminar mediante el tacto aquello que le es próximo en su medio. El reconocimiento de cualidades como la textura, el peso, tamaño, envergadura, materiales, dimensiones y medidas le servirán para identificar diferentes objetos.

La educación de la prensión adecuada y los movimientos controlados y finos infundirán confianza a la hora de ejecutar instrumentos. La destreza psicomotriz de brazos, manos y dedos, la simultaneidad o alternancia de los movimientos, son acciones a considerar desde el inicio del proceso de aprendizaje. La sensibilidad táctil, ampliamente desarrollada como compensación por estos niños, significa que tienen avanzado camino hacia la destreza psicomotora de la interpretación instrumental.

Al respecto también es interesante el hecho de que el aprendizaje de un instrumento es un tipo de actividad que no requiere grandes desplazamientos en el espacio, por el contrario, puede usar el espacio próximo con desplazamientos manuales o digitales con gran seguridad.

La imagen que se forma de la relación instrumento-cuerpo es un paso más de su integración con el medio ambiente.

Audición Musical:

El niño con D.V, salvo complicaciones auditivas, no tienen ningún problema para la apreciación musical. Por el contrario, demuestran gran sensibilidad y predisposición.

La audición musical aplicada en la educación especial debe reunir características que pueden modificarse según la evolución o recuperación psíquica o física del niño.

Estará sujeta a la consideración de factores como la edad, el tipo y la gravedad de la discapacidad.

Las audiciones musicales presentan una doble ventaja: por un lado recrean y descansan y por otro, pueden tener propiedades realmente terapéuticas.

Siempre debe ser un estímulo que suscite respuesta, manifiesta o no. La emoción o interiorización que supone para determinado tipo de niños, también implica una terapia, aunque a veces no lo parezca.

Conviene finalizar la actividad con una breve verbalización y mejor aún, con una actividad complementaria, de tipo vocal, instrumental, gestual, de movimientos o plática, que enriquezca la experiencia musical y facilite la comprensión de la misma.

2.- Terapia de Libre Improvisación (Modelo Alvin).

Juliette Alvin (musicoterapeuta, Inglaterra, 1897 – 1982) desarrolló un enfoque comprensivo de la musicoterapia en el que empleaba la “libre improvisación”, junto a otras actividades como la escucha, la ejecución, la anotación, la composición y el movimiento. Llamó a esta improvisación “libre” porque el terapeuta no impone ninguna regla, estructura o tema a la improvisación de l paciente, sino que permite al paciente “soltarse” en la actividad musical. El paciente que no está atado a ninguna regla, tonalidad, ritmo, forma o estética determinada tiene la libertad de encontrar su propio medio para ordenar y secuenciar los sonidos.

La autora definió la musicoterapia, como “el uso controlado de la música en el tratamiento, rehabilitación y la educación de niños y adultos que sufren desordenes físicos, mentales o emocionales”⁶.

Identifica tres enfoques diferentes: clínico, recreativo y educativo.

En el enfoque clínico la mtp es parte del tratamiento médico y psicológico de desordenes físico, mentales o emocionales.

En el enfoque recreativo la música se utiliza como diversión y entretenimiento. No se hacen demandas al paciente, y se da el énfasis en crear una atmósfera y un estado de ánimo positivo en el momento presente. No se hacen esfuerzos para adquirir o mejorar comportamientos en el futuro.

En el enfoque educativo, la música se utiliza en un marco de instrucción para avanzar en un aprendizaje y para desarrollar destrezas de aprendizaje. El énfasis en este enfoque se hace en la sensibilidad musical, más que en su aptitud o ejecución musical.

El enfoque de la mtp de Alvin se puede describir como estrictamente musical e inclusivo por naturaleza. Musical porque todo el trabajo terapéutico de los pacientes se centra en hacer música o en escucharla. Es inclusivo porque utiliza todo tipo de actividad musical concebible.

⁶ Alvin citada en Bruscia, Modelos de Improvisación en Musicoterapia, 1999, p. 77.

Un concepto central es que la musicoterapia es un proceso de desarrollo que debe ser planeado y complementado en fases secuenciales de crecimiento intelectual, físico y sociocultural. En este proceso la improvisación se utiliza como parte de un enfoque musical comprensivo para la terapia, que también incluye la escucha, la ejecución, el canto y el movimiento; utilizando técnicas activas y pasivas en el logro de los objetivos.

Los objetivos principales de este enfoque son tres: autoliberación, el establecimiento de varios tipos de relaciones con el mundo y el desarrollo de las áreas física, intelectual y socio-emocional. Los tres objetivos son interdependientes y se formulan de acuerdo a las necesidades individuales, grupales y en relación al área de desarrollo más afectada, según el diagnóstico.

La autora plantea el enfoque en marcos de terapia individual, familiar y grupal. El terapeuta puede utilizar una variedad amplia de instrumentos, que incluye los más cercanos; la voz y el cuerpo. Lo relevante es el tono afectivo que logra, su versatilidad y como afecta el estado físico del paciente. También es importante que el paciente puede elegir libremente el instrumento a utilizar.

La música juega un papel importante en la dinámica de la terapia. Su papel se define por la consecuencia psicológica y fisiológica que tiene sobre un individuo y el grupo. Por otra parte la actividad musical conllevará una implicación simbólica importante, expresada a través de los instrumentos musicales. Éstos se utilizan como objetos intermediarios: para proyectar y ocupar el lugar de los sentimientos del paciente, para facilitar la comunicación interpersonal y para mediar en la relación paciente terapeuta.

La relación terapeuta-paciente está caracterizada por un respeto al derecho del paciente a tomar decisiones independientes respecto a sus actos expresivos. El terapeuta no dirige, acepta, predice y da apoyo.

La terapia procede en tres pasos principales: relacionar el yo con los objetos, relacionar el yo y el terapeuta, y relacionar al yo con los otros.

La sesión de terapia se planea de acuerdo a las tres etapas principales de desarrollo. Cada etapa tiene sus propias actividades y técnicas.

En la primera etapa, cuatro principios guían al terapeuta, placer, elección libre de instrumentos, sin directivas y territorialidad. Las técnicas activas acentúan la relación con los instrumentos y la música, y aspiran al desarrollo del conocimiento sensoriomotriz de la percepción y de la integración. Las técnicas receptivas aspiran a la presentación de la música y el instrumento del terapeuta al paciente.

En la segunda etapa las técnicas aspiran a la proyección de sentimientos sobre el instrumento y desarrollar la confianza del terapeuta. Incluyen improvisación de diálogos y dúos, compartir instrumentos y territorios, establecer límites, establecer una relación de términos iguales y explorar proyecciones y resistencias hacia los instrumentos.

Las técnicas receptivas aspiran al autoconocimiento musical y personal, conflictos y sentimientos. La técnica principal es la escucha de los sonidos y la música creada por el propio paciente.

En la tercera etapa, todo lo aprendido de las etapas anteriores se transmite a otras personas significantes o a grupos. Las técnicas grupales incluyen la libre improvisación individual y grupal, escuchar grabaciones y música envasada, canto de canciones populares de su propio bagaje cultural, conversación, movimientos, mímica y danza.

En relación específica al abordaje musicoterapéutico de la discapacidad visual, la autora pone el énfasis en la necesidad fundamental de comunicación, que proporcione seguridad y significado, es decir que le permita al niño estructurar un mundo. Desde el momento en que el niño con D.V advierte el sonido, la música debería representar un papel en su evolución. Desde el nivel preverbal, la música puede dar al niño el sentido por los sonidos organizados y rítmicos. Un niño con D.V más que cualquier otro puede beneficiarse aprendiendo canciones a temprana edad, pues esto educa su voz para que sea expresiva, significativa y por lo tanto hermosa. Buena parte de la comunicación humana normal depende no sólo de las palabras sino del tono y timbre de la voz, y de expresión facial, especialmente de los ojos. Los ojos de las personas con D.V no son expresivos, pero una voz puede contener tanta información y significado como la cara o los ojos. Por lo tanto el niño con D.V debe ser educado tempranamente en el desarrollo y uso tanto de su aparato vocal como del auditivo.

Lo mismo deberá ocurrir con el desarrollo del sentido del tacto y el movimiento. El niño con D.V concentra su capacidad de atención en el sonido y en los contactos físicos. Plantea que pese a su tendencia a la inmovilidad tiene mucha conciencia de su cuerpo, y, con un trabajo adecuado, aprende a moverse con cuidado y destreza.

La autora comenta que “responden al ritmo y a la velocidad, que expresan movimientos familiares; al timbre, que proporciona la sensación de textura y de percepciones táctiles como suavidad, dureza, elasticidad o angularidad; a los contrastes de altura o ritmo, que transmiten un efecto auditivo de sorpresa o excitación; a la intensidad o al volumen, que dan una impresión de plenitud o de distancia, etc. También pueden encontrar en la música sentimientos, emociones y estados de ánimo, con los cuáles pueden relacionarse y a los cuáles responder con todo su ser, tan bien o quizás mejor que un niño normal”⁷.

Finalmente, el propósito de la educación del niño con D.V es proporcionarle tantos contactos como sea posible con su ambiente, y crear en él un sentido del espacio y de la distancia a través de movimientos que son adaptables y apropiados. Aprende a evitar accidentes y choques contra personas y cosas. La música puede otorgar finalidad, significado y armonía a sus movimientos, en los cuales encuentra una manera natural de expresarse.

Esto requiere un trabajo muy paciente. La disminución del temor al movimiento es parte esencial de la educación de estos niños. Debido a su atractivo emocional, el movimiento al compás de la música puede despertar en el niño con D.V el deseo de explorar el espacio a través del movimiento, y de expresarse sin temor.

⁷ Alvin citada en Lacarcel, Musicoterapia en Educación Especial, 1990, p. 61.

IV. CONCEPTOS PSICOLÓGICOS IMPLICADOS.

1.- La Integración Sensorial.

Hoy en día, gracias a los avances de la neurociencia y la comprensión que existe de la naturaleza sociocultural del aprendizaje y desarrollo humanos, es posible entender mejor la forma cómo se construye el proceso de desarrollo, tanto a nivel sensoriomotor como de las funciones psicológicas superiores. Esto permite abordar los procesos de aprendizaje y desarrollo del niño considerando múltiples factores y no exclusivamente el potencial de su condición biológica

“En efecto, el bebé nace con una constitución biológica y una herencia filogenética que lo hacen apto para usar el lenguaje y otros instrumentos culturales, pero necesita de la presencia del otro, para aprender a usarlos y significarlos. Por esto, el desarrollo humano se entiende como un proceso que depende de la participación social y cultural”⁸

Estos aportes adquieren particular relevancia a la hora de discutir sobre la inclusión o integración social de la persona con discapacidad, pues restituyen la importancia de la mediación social para el mejor desarrollo de, por ejemplo, un niño con D.V.

Para esto es importante considerar las vías por las cuales el niño integra y procesa la información sensorial, la forma como desarrolla la percepción de contrastes, movimientos, localización y seguimiento de objetos, personas, etc., y la forma como coordina posturas, esquemas sensoriomotrices y gestos.

La forma en que una persona ve y comprende el mundo, desde que nace, es aprendida. Este aprendizaje se desarrolla a partir de la relación con los otros, al ver, tocar y escuchar, al ser tocado, escuchado y visto, el niño aprende gestos, posturas, palabras, significados. Descubre

⁸ MORAES G. B. Marilda y Palácios Ayola. Desarrollo del Niño con Deficiencia Visual desde una Perspectiva Sociocultural.[en línea]
<http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/desarrollo.pdf>
[consulta:octubre,2009]. P.1.

quién es y cuál es su lugar en el mundo, aprende a conocer los objetos que lo rodean, sus nombres y para qué sirven.

“Se puede decir que usando su cuerpo y sus sentidos los niños aprehenden el mundo, con los adultos aprenden a significarlo, a comprenderlo. Esta es la esencia del desarrollo y del conocimiento humano, un juego dialéctico entre lo que es sentido o vivido y lo que es simbolizado, transformado en palabras u otros símbolos. El desarrollo sensoriomotor, el proceso evolutivo más importante en la infancia, es producto de este dialogo biológico-social-cultural.”⁹

La psicología del desarrollo ha descrito el período sensoriomotor¹⁰ como una etapa de aprendizaje en la interacción. Aquí el procesamiento de información sensorial y las acciones motoras funcionales que desarrolla el niño, inciden determinadamente en la organización funcional del cerebro, en el equilibrio tónico corporal, en el control emocional y en la adaptación al ambiente. La integración sensorial y la organización de la información sensorial captada por el niño, son fundamentales para que aprenda a percibirse a sí mismo, y para habituarse y responder a las interacciones con el medio ambiente.

Bruner considera que “la plasticidad del genoma humano es tal, que no existe una forma única en la que el ser humano se desarrolle que sea independiente de las oportunidades de realización proporcionadas por la cultura en la que dicho ser nace y crece”¹¹, destacando así la importancia de la relación entre lo biológico y lo cultural.

Para este autor, las variables del ambiente físico son desafíos que los sujetos pueden enfrentar y superar gracias al aprendizaje, donde un adulto-experto enseña a un niño-inexperto, el modo de aprovechar y utilizar las herramientas culturales que permiten superar una condición biológica. Este papel lo cumple la educación, en particular la educación especial.

⁹ MORAES G. B. Marilda y Palácios Ayola. Desarrollo del Niño con Deficiencia Visual desde una Perspectiva Sociocultural.[en línea]
<http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/desarrollo.pdf>
[consulta:octubre,2009]. P. 3.

¹⁰ El periodo sensoriomotor se ubica en la infancia temprana, variando según algunos autores como Piaget que lo sitúa entre 0 y 2 años y Wallon que lo hace entre 1 y 3 años.

¹¹ Bruner citado en MORAES G. B. Marilda y Palácios Ayola. Desarrollo del Niño con Deficiencia Visual desde una Perspectiva Sociocultural.[en línea]
<http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/desarrollo.pdf>
[consulta:octubre,2009]. P. 5.

El Modelo de Integración Sensorial, creado por A.J. Ayres, presenta el desarrollo sensoriomotor desde la perspectiva de la neurociencia social, destacando la importancia de la comunicación entre el medio interno y externo del niño, realizada a través de los sistemas sensoriales, la acción motora-corporal y las interacciones del niño con su entorno físico y social.

“Los primeros siete años de vida, casi toda la actividad del niño es parte del proceso de organizar las sensaciones en el sistema nervioso. Durante esta etapa, el cerebro es una máquina de procesamiento sensorial. La forma como el niño procesa información sensorial se refleja en las respuestas adaptativas. Una respuesta adaptativa es una acción en la cual el niño utiliza su cuerpo y los objetos de forma creativa, con el fin de responder a los desafíos que le presenta el ambiente”.¹²

El proceso de elaboración de respuesta implica que el niño se habitúe a las sensaciones corporales y a los estímulos que las provocan, es decir, debe acostumbrarse a sentir su propio cuerpo en interacción con el medio. Posteriormente, las distintas sensaciones se identifican e integran en su cerebro, donde logra reunir los fragmentos de información que aporta cada canal sensorial, configurando un cuadro más completo de la realidad que lo rodea.

Este mecanismo de integración sensorial facilitará la evolución sensoriomotriz, permitiendo al niño pasar desde reacciones primarias hasta comportamientos más complejos, en la medida en que se siente más cómodo y seguro con su cuerpo y el control del mismo, sentirá más seguro el ambiente. Las respuestas adaptativas, se asocian a la modulación del comportamiento del niño (comportamiento emocional, afectivo y motor) según los cambios en las condiciones ambientales, lo que implica la adaptación a las sensaciones exteroceptivas y propioceptivas.

La integración sensorial es además un proceso abierto, es decir, se autoactualiza gracias a las nuevas experiencias y sensaciones, las respuestas elaboradas pueden afianzarse o modificarse.

“De esta manera, la principal diferencia entre una respuesta adaptativa y una automática o refleja es la posibilidad de producir aprendizaje. Las respuestas automáticas permiten que el niño se

¹² Ayres citada en MORAES G. B. Marilda y Palácios Ayola. Desarrollo del Niño con Deficiencia Visual desde una Perspectiva Sociocultural.[en línea]
<http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/desarrollo.pdf>
[consulta:octubre,2009]. P. 6.

adapte al medio, aquí y ahora, sobreviviendo. Mientras que al elaborar respuestas adaptativas, el niño no sólo se adapta al medio, sino que procura transformarlo, modificarlo de manera ordenada, planeada y deliberada, es decir, construye su espacio e imprime un sentido a sus acciones.”¹³

Además de ser regulable por el aprendizaje, la integración sensorial, como proceso dinámico, incorpora aspectos tales como el deseo y la voluntad del niño, quien puede pensar, planear y actuar para conseguir algo que quiere. En este ejercicio el niño vuelve a identificar, integrar e interpretar las informaciones sensoriales (exteroceptivas y propioceptivas) que le llegan por los distintos canales, construyendo una imagen de su acción e identificando sus sensaciones al respecto.

El enriquecimiento de la experiencia sensorial de un niño, también pasa por aumentar su espectro de interacciones, tanto con más niños como con más adultos y con más escenarios. La interacción social, permite al niño contextualizar el significado de sus sensaciones. Así por ejemplo, cuando un infante llora o manifiesta molestia, los adultos que le cuidan son quienes nombran y ayudan a localizar el foco de molestia, facilitando al niño ubicar la incomodidad o dolor y qué se la produce, pasando paulatinamente el niño a distinguir e identificar sensaciones generales de incomodidad a malestares localizados, gracias a la mediación de los adultos.

En conclusión, el desarrollo sensoriomotor de un niño depende sustancialmente del proceso neurológico llamado integración sensorial, proceso que lo acompañará en todo su ciclo vital, y aún cuando el potencial biológico del niño define las características de este proceso, la calidad de la integración sensorial se puede modificar, por ser abierta, dinámica y susceptible al aprendizaje, mediante la intervención del ambiente y por ende de los estímulos que rodean al niño.

“Ayres considera que cuando los niños tienen déficit en la integración sensorial, los adultos deben modificar el ambiente e incluso servir de “filtros” sensoriales, pues el cerebro se bloquea

¹³ MORAES G. B. Marilda y Palácios Ayola. Desarrollo del Niño con Deficiencia Visual desde una Perspectiva Sociocultural.[en línea]
<http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/desarrollo.pdf>
[consulta:octubre,2009]. P. 8.

cuando hay un flujo desorganizado de informaciones sensoriales o cuando las sensaciones no son de buena calidad y por tanto no pueden ser discriminadas”¹⁴.

La mediación de los adultos deberá ser mayor en aquellos casos en que los niños presentan alteraciones en el proceso sensoriomotor, ya sea desorganización del mismo o respuestas emocionales inadecuadas, de modo que el problema sensorial no represente un obstáculo para su desarrollo y pueda generar respuestas adaptativas.

Por último, y en forma relevante para los propósitos de esta monografía, es necesario señalar que cualquier niño puede presentar déficit en la integración sensorial y que la discapacidad visual no afecta de forma directa el proceso de integración sensorial. Muchos niños con D.V. tienen un proceso de integración sensorial adecuado, procesando la información que los demás canales sensoriales le proporcionan. Si esta información es organizada, producirá respuestas adaptativas y aprendizajes sensoriomotores como cualquier otro niño, con la diferencia de que aquellas acciones motoras que dependan de la visión como elemento fundamental, y siempre y cuando no pueda ser sustituido por otro sentido, requerirá la adecuada compañía y mediación, entonces también podrá hacerlo.

“Siempre que exista interés en modificar los objetos y las formas de pensar, el aprendizaje y desarrollo de este niño no se verá limitado”¹⁵.

¹⁴ MORAES G. B. Marilda y Palácios Ayola. Desarrollo del Niño con Deficiencia Visual desde una Perspectiva Sociocultural.[en línea]
<http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/desarrollo.pdf>
[consulta:octubre,2009]. P. 9.

¹⁵ Ibid., op. Cit., p. 10

V. INTERVENCIÓN MUSICOTERAPÉUTICA.

1.- La Institución.

La experiencia práctica que genera esta monografía ocurre en el colegio Hellen Keller, institución de educación especial para personas con deficiencia visual. Este colegio está en funciones desde el año 1951, en la ciudad de Santiago de Chile y durante toda su historia se ha constituido en una alternativa concreta y óptima para la educación y formación de niños y jóvenes, de ambos sexos, con discapacidad visual. La institución define su proyecto-misión como entregar el máximo de experiencias educativas y de aprendizajes significativos a menores y jóvenes discapacitados visuales y con retos múltiples, que favorezcan su proceso de habilitación y/o rehabilitación, su integración social e inserción laboral real y efectiva.

El colegio, que ya había tenido experiencias previas con musicoterapia, seleccionó a un grupo de alumnos, hombres y mujeres, de entre 11 y 14 años, con un criterio basado en las dificultades sociales y relacionales, de distinto tipo, que tales alumnos presentaban.

2.- La Experiencia Grupal.

2.1.-Definición de Objetivos.

A partir de una revisión de las causas por las que los jóvenes participantes fueron derivados hacia la actividad sonoro-musical, que aludían principalmente a problemáticas sociales y relacionales; en conjunto con la impresión generada por las primeras observaciones realizadas, que daban cuenta de lo que he llamado “desequilibrio expresivo”, se define una intención terapéutica que da inicio a la intervención propiamente tal; a saber: equilibrar expresivamente al grupo. Definiremos este objetivo como facilitar que cada miembro del grupo se despliegue expresivamente a través de alguna de las actividades sonoro-musicales, desarrollando simultáneamente un sentimiento de pertenencia grupal, que permita un equilibrio entre tolerar y ser asertivo en el conjunto de pares.

Esta observación señaló una primera línea de intervención en relación a trabajar la toma de turnos y su duración y flexibilizar el uso de los instrumentos.

2.2.-Características Generales del Grupo.

Los miembros del grupo tenían distintas características. Algunos eran muy retraídos, otros silenciosos, otros por el contrario, más autoritarios y dominantes. Todos sin embargo compartían la característica de la rigidez corporal y el movimiento limitado. Todos también compartían, cada uno a su modo, un gusto y un entusiasmo por la música en general. Algunos incluso, presentaban habilidades musicales notables.

La característica etaria, es decir, que fueran pre-adolescentes, es importante porque están más cercanos por edad a lo que está de “moda” en este momento. Musicalmente hablando, forman parte de la subcultura juvenil. Esto incidió por ejemplo en que este grupo demandó al terapeuta una mayor búsqueda y exploración de referentes musicales cercanos a los miembros del grupo. Es relevante a este respecto el comentario de que no les gusta el “folclor”. También es relevante que este “folclor” esté asociado a lo que trabajan en la clase curricular de música. En general eran reacios a todo tipo de actividades con una estructura muy rígida, tipo “ejercicio”.

En relación al tipo de deficiencia visual se puede señalar que todos presentaban ceguera congénita, es decir, desde el nacimiento. El diagnóstico de mayor frecuencia, fue la retinopatía prematura, además de un caso de retinoplastoma.

En términos del funcionamiento grupal, la observación más relevante era el “desequilibrio expresivo”. Esto se refiere a que hay miembros que son muy elocuentes en su expresión; hablan, opinan, cantan y de algún modo monopolizan los instrumentos, mientras que otros eran más callados o su expresión era más silenciosa. Esta observación llevará a definir la intención terapéutica que da inicio a este proceso.

2.3.- Características Individuales.

A continuación describiré brevemente a los integrantes del grupo, participantes de esta experiencia musicoterapéutica:

K.S.C:

En esta actividad participó con mucho entusiasmo, y energía, volcando allí todas sus habilidades rítmicas, que están notoriamente desarrolladas.

Su actitud era de estar tocando siempre y con mucha alegría; particularmente haciendo percusión, y también cantando, con fuerza y buena voz.

La posición que ocupó K.S.C en el grupo fue de algún modo la del equilibrio; entre los que monopolizaban la expresión colectiva, y por el contrario, los más silenciosos. Asumió ese rol constituyéndose en la encargada de sostener el aspecto recreativo y lúdico de la actividad, es decir, era quién nos recordaba a todos, que más allá de las emociones expresadas, la música es algo bueno y cuyo ejercicio receptivo y activo hace bien.

En términos de recomendaciones, se sugiere mantenerla cercana a la música; es claramente un alimento para ella. Y a los grupos de actividad expresiva, lugar óptimo para desarrollar habilidades sociales; asertividad, empatía, tolerancia.

J.C.A:

Destaca por su entusiasmo social y musical, su energía y su capacidad de liderazgo. Es una conductora del grupo y con su creatividad musical, sustentada además en sus desarrolladas habilidades rítmicas y melódicas, tiende a marcar la pauta de la actividad.

Es capaz de transmitir ese entusiasmo a sus compañeros, y se preocupa de alentarlos constantemente.

Musicalmente destaca su voz, y su estilo de canto, de un tipo más bien afroamericano, que recuerda a veces el gospel o el soul. Destaca también su deseo expreso de aprender a tocar guitarra, instrumento que junto con la voz, tiende a expresar el liderazgo dentro de un grupo musical.

El trabajo recomendado para ella pasa precisamente por ayudarla a modelar un liderazgo, y por lo tanto un estilo relacional, más abierto a las propuestas expresivas de los otros, que no monopolice la pauta de la actividad, sino que guíe y aliente a sus compañeros en la fabricación de un sonido, o expresión realmente colectiva.

J.S.G:

Se observó que su interés en la actividad era moderado, pero regular. Participaba en las actividades, asistió regularmente, pero siempre con un “bajo perfil”.

Esto obedece a dos cosas; por una parte ella tiene un silencio y una delicadeza que son naturales, las lleva con ella. Pero también se observa que hay algo de contención emocional, expresiva y corporal. Esto se notó precisamente en los momentos en los que se soltó más y dió atisbos de que tiene opiniones y gustos claros, y que no sólo es capaz de formar parte de un grupo expresivo sino que además lo disfruta, con su particular sentido del humor.

Entonces, queda la sensación de que faltó tiempo para facilitar su mayor despliegue expresivo; se escuchó su bonita voz pero muy despacio, pocas veces, bailó pero sólo un poco, tocó instrumentos pero podría haber explorado más.

Por lo tanto lo recomendado es seguir en la línea indicada por la actividad musicoterapéutica, en términos de promover en ella su participación en grupos estructurados, organizados en torno a actividades recreativas, creativas y expresivas.

B.L.A:

El alumno presenta un carácter silencioso pero no retraído. Comparte social y musicalmente con sus compañeros, sin mayores complicaciones. Sin embargo también se observa que hay momentos breves, probablemente de molestia o aburrimiento, en que se ensimisma y sale de la situación social para concentrarse en un vaivén acompañado por la letanía de un instrumento (claves o maracas) que marca un ritmo constante.

En la actividad musicoterapéutica mostró interés por tocar y disfrutar la música, sin llegar a mostrar claramente cuales eran sus gustos, más bien parecía gustar de todo un poco.

Sus habilidades rítmicas tienen un buen nivel de desarrollo. Sin embargo, la observación más relevante tiene que ver con su relación con la voz. Hay que decir que le gusta cantar, y más que eso, le gusta hacer sonidos distintos, poner voces, jugar.

Pero lo hace a un volumen muy bajo, a veces casi imperceptible, como un susurro.

Entonces, se recomienda en primer lugar persistir con trabajo grupal. Ese es el lugar donde su voz se tiene que escuchar.

Y en consecuencia, trabajar precisamente su expresión hacia fuera, ayudarlo a desarrollar habilidades que le permitan por ejemplo, responder a la frustración o al aburrimiento con asertividad, es decir con las palabras adecuadas, movidas por la emoción correspondiente, y en el momento adecuado. No con el aislamiento de su vaivén.

Un elemento concreto que se puede trabajar en este sentido es su voz; y así aprovechar su interés y desarrollar sus talentos.

F.T.F:

Destaca su gran nivel de energía y en el contexto de la actividad, es remarcable la forma en que esta energía se fue encauzando, no sin dificultades, de acuerdo a los objetivos propuestos.

Se observó a un alumno con amplios intereses y habilidades musicales, tanto en lo rítmico como en lo melódico. Se notó también que la música es un pilar emocional fundamental, y que sus gustos están claramente marcados.

La dificultad aparecía en el momento grupal pues tendía a monopolizar el potencial expresivo del colectivo, en términos de acaparar un instrumento (los bongoes, por ej.), o de pretender dirigir la actividad o la escucha de música hacia sus propios intereses. Asimismo, cuando esto no ocurría reaccionaba con poca tolerancia a la frustración y respondía, al principio escapando de la sala y luego, más avanzado el taller, no participando. Gran parte del trabajo musicoterapéutico consistió entonces en equilibrar la expresión del grupo y en procurar su mejor distribución; calmando a los excesivos, alentando a los más quietos.

Finalmente, se logra que al menos ceda el uso de los bongoes y que guarde silencio, e incluso acompañe con otros instrumentos, los momentos en que otros compañeros se explayaban musicalmente.

2.4.- Encuadre.

La intervención consistió en 15 sesiones de una hora cada una.

El lugar donde se realizó fue un amplio salón de eventos – gimnasio del colegio. Sin embargo el espacio de trabajo se acotó mediante el uso de unas colchonetas que proporcionaron una superficie identificable, cómoda y apropiada a las necesidades sensoriales de los participantes.

Los otros elementos del encuadre eran los propios de la actividad sonoro-musical; el grupo operativo instrumental (g.o.i) y el equipo musical. El g.o.i. consistía en un número de instrumentos de percusión pequeños; maracas, claves, triángulo, pandero, un par de bongoes, un metalófono grande. Se agrega la guitarra del musicoterapeuta y las voces y cuerpos de los participantes.

2.5.- Técnicas y Actividades.

En el transcurso de la intervención se utilizaron las siguientes técnicas y actividades:

- Improvisación estructurada y semi-estructurada.
- Entrevista grupal.
- Presentación de instrumentos (grupo operativo instrumental).
- Conversación de intereses; respecto a estilos de música y a instrumentos favoritos.
- Canción en conjunto; “Caballito Blanco” (popular), con variaciones de ritmo, “El Negro José” (Illapu), “Como te voy a olvidar”(Los Ángeles Azules), “Entra en mi vida” (Sin Bandera), “Manda una señal” (Maná).
- Escucha de música: Tiro de Gracia, Congreso, Maná, Tambores Africanos (sin referencia), Sin Bandera, Agrupación Marilyn.
- Percusión sobre la música.
- Ejercicios de ritmos.
- Ejecutar sobre música envasada.
- Definición de Saludo y Despedida Grupal: Tomarse de las manos en Ronda.
- Trabajo de turnos.
- Ejercicios de flexibilización y relajación.
- Canción con guitarra. Acompañamiento con instrumentos y canto.
- Movimiento corporal.
- Escucha de música sugerida por el grupo.
- Percusión y baile encima de la música envasada.

2.6.- Desarrollo de las Sesiones.

La primera etapa de trabajo se definió a partir del objetivo inicial de estabilizar expresivamente al grupo, promoviendo el equilibrio entre sus miembros y a la vez generar un sentimiento de pertenencia. Las dificultades encontradas en esta fase fueron variadas. La lectura crítica posterior dirá que en realidad el objetivo inicial ya era demasiado amplio. Aún así fue posible establecer que estas dificultades tenían que ver también con el obstinado acaparamiento que se hacía de

algunos instrumentos, el desequilibrio expresivo, y en general por la fuerte resistencia que les provocaba la escucha de músicas que no fueran estrictamente las que les gustaban así como también la resistencia frente a la realización de actividades muy estructuradas.

El dilema que se planteaba era entonces el siguiente; cómo trabajar los aspectos emocionales más relevantes del grupo y que a la vez fuera vivenciado como una actividad lúdica.

Una primera respuesta en ese sentido y que comenzó a darle cauce al proceso fue trabajar el canto; la canción en conjunto, grabarse y luego escucharse, cantar las letras, y luego hacer cambios chistosos, etc. Esta actividad fue significativa porque permitió un primer ordenamiento del grupo en torno a una actividad común, que era disfrutada por todos por igual.

A partir de este ejercicio se logró una mayor expresión instrumental y vocal, y principalmente un inicio de pertenencia grupal.

A continuación, con el propósito de ilustrar este inicio del proceso, adjunto el protocolo con la descripción de las sesiones 3 y 4.

PROTOCOLO DE MUSICOTERAPIA

Fecha: 07 / 10 / 2008

Paciente: Grupo

Sesión N°: 3

Terapeuta: Sergio Burgos Acevedo

Institución: Colegio Hellen Keller

Supervisora: Mtp. Patricia Ubilla

I. OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:

- Explorar habilidades rítmicas.
- Explorar intereses de instrumentos.

II. TÉCNICAS USADAS:

<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación semi-estructurada. - Canción en conjunto.
<p>III. DESARROLLO DE LA SESIÓN/ ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escucha de música: hip-hop. - Percusión sobre la música. - Ejercicios de ritmos. - Canción; “El Negro José”
<p>IV. OBSERVACIONES MUSICALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La música escuchada parece no interesarles mucho. Son más adolescentes que los casos individuales. Esto indicaría una probable mayor cercanía con la música que está más de “moda”, o simplemente, con la que tienen más cercanía cultural. - A este respecto también es relevante su declaración de que “no les gusta el folclor”. Esto al parecer tiene relación con la experiencia de su clase curricular de música. - Muestran poco entusiasmo por las actividades tipo “ejercicio”. No así con las canciones, donde se expresan más.
<p>V. CONCLUSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta una estructura más clara en la sesión, para que sea percibida por los participantes como una instancia de mayor contención, promoviendo por lo tanto una baja en las defensas emocionales y en consecuencia una mayor expresividad.
<p>VI. PRÓXIMA SESIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordenar. - Seguir con aspecto rítmico.

PROTOCOLO DE MUSICOTERAPIA

Fecha: 14 / 10 / 2008

Paciente: Grupo

Sesión N°: 4

Terapeuta: Sergio Burgos Acevedo

Institución: Colegio Hellen Keller

Supervisora: Mtp. Patricia Ubilla

<p>I. OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none">- Darle más estructura a la sesión.- Trabajar ritmos.
<p>II. TÉCNICAS USADAS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Improvisación semi-estructurada.- Escucha dirigida.- Canción en conjunto.
<p>III. DESARROLLO DE LA SESIÓN/ ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none">- Invención de saludo. En ronda tomados de las manos.- Escucha de música: pop, rock.- Percusión sobre la música.- Ejercicios de ritmos. “El tambor pasó por aquí”.- Canción; “Mira Niñita”.- Despedida. Igual que el saludo.
<p>IV. OBSERVACIONES MUSICALES:</p> <ul style="list-style-type: none">- La actividad de mostrarles otras músicas ha sido interesante por su reacción; se muestran bastante reacios a explorar en este sentido.

<ul style="list-style-type: none"> - También se hace necesario buscar y disponer de músicas cultural y etariamente más adecuadas a los miembros del grupo.
<p>V. CONCLUSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sesión se estructuró de mejor forma, con una apertura y un cierre bien definidos. - Sin embargo siguen habiendo muchas actividades. - En términos grupales, la observación más relevante tiene que ver con el “desequilibrio expresivo” que hay en el grupo. Esto se refiere a que hay miembros que son muy elocuentes en su expresión; hablan, opinan, cantan y de algún modo monopolizan los instrumentos, mientras que otros son más callados o su expresión es más silenciosa. - Esto indica una línea de intervención en términos de por ejemplo, trabajar toma de turnos y la flexibilidad con respecto al uso de los instrumentos.
<p>VI. PRÓXIMA SESIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajo de toma de turnos

Pese a este “descubrimiento positivo” con respecto al canto, que ciertamente contribuyó al afianzamiento del proceso grupal y sonoro-musical, hay que señalar que el momento global es de poca claridad y de poco contacto real, tanto dentro del grupo, como del grupo con el terapeuta. Se manifestará en una perseveración en el uso de técnicas activas, como la improvisación con instrumentos, así como una tendencia a programar demasiados objetivos por sesión.

Luego, alrededor de la octava sesión, se introdujo el elemento de expresión corporal, que en un inicio estuvo ligado a ejercicios de apresto físico previos a la improvisación. Constituía una especie de precalentamiento que los predisponía favorablemente para la actividad.

Es muy relevante remarcar este momento como un hito en la transición que divide al proceso en dos fases, caracterizadas por una disminución de las actividades de improvisación con instrumentos, en aumento de aquellas que priorizan la escucha, el canto y la expresión corporal, que luego deviene en baile. Es necesario subrayar que se trata de un momento de transición, un

movimiento más que un corte. Es pertinente señalar también que este momento tiene su correlato en el proceso de vinculación grupo – terapeuta, y se caracterizará por un inicio de contacto.

A continuación esta sesión:

PROTOCOLO DE MUSICOTERAPIA

Fecha: 11 / 11 / 2008

Paciente: Grupo

Sesión Nº: 8

Terapeuta: Sergio Burgos

Institución: Colegio Helen Keller

Supervisora: Mtp. Patricia Ubilla

I. OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:

- Facilitar el despliegue corporal.
- Estimular expresión vocal.
- Desarrollar sentido de grupo

II. TÉCNICAS USADAS:

- Improvisación semi-estructurada.
- Canción en conjunto.
- Uso de instrumentos.

III. DESARROLLO DE LA SESIÓN/ ACTIVIDADES:

- Saludo de bienvenida. Todos de pie, tomados de las manos en un círculo.
- Siguen de pie y se realizan ejercicios de flexibilización y relajación.
- Canción con guitarra. Acompañan con instrumentos y cantan.
- Canción con guitarra.
- Saludo de despedida. Igual posición.

IV. OBSERVACIONES MUSICALES:

- Se obtuvieron buenos resultados en términos del entusiasmo generado por las nuevas

actividades, a saber, la introducción de la expresión corporal, y el canto en conjunto.

V. CONCLUSIONES:

- Se percibe que el proceso se optimiza con estos nuevos elementos, y esto redundará en un fortalecimiento del vínculo terapéutico y, principalmente del vínculo grupal.
- Se postula entonces que en la medida en que mejor lo pasan mayor es el sentimiento de pertenencia grupal.

VI. PRÓXIMA SESIÓN:

- Continuar con canciones.
- Seguir expresión corporal.

Esta transición que se explicita a partir de la sesión 8 alcanza sin embargo una mayor expansión, producida a través de la utilización de un disco de Tambores Africanos que provocó un baile colectivo sin precedentes en el proceso. Este hecho puso en relieve que no sólo era un tema de expresión corporal sino que además había un importante componente de diversión que estaba haciendo falta. Esto se produce en la sesión número 10.

PROTOCOLO DE MUSICOTERAPIA

Fecha: 25 / 11 / 2008

Paciente: Grupo

Sesión N°: 10

Terapeuta: Sergio Burgos

Institución: Colegio Helen Keller

Supervisora: Mtp. Patricia Ubilla

I. OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:

- Facilitar el despliegue corporal.
- Estimular expresión vocal.

- Desarrollar sentido de grupo
<p>II. TÉCNICAS USADAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escucha de música envasada. - Movimiento corporal. - Canción en conjunto.
<p>III. DESARROLLO DE LA SESIÓN/ ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saludo de bienvenida. Todos de pie, tomados de las manos en un círculo. - Escucha de música sugerida por ellos mismos. - Con la música de fondo realizan ejercicios y movimientos. - Canción con guitarra. Acompañan con instrumentos y cantan. - Saludo de despedida. Igual posición.
<p>IV. OBSERVACIONES MUSICALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se logra mayor expresión corporal a partir de dos cosas: uso de música envasada de mayor cercanía cultural (cumbia villera, balada romántica) y del uso de música de Tambores Africanos.
<p>V. CONCLUSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay una observación importante en relación a disminuir la cantidad de objetivos planteados para cada sesión y concentrarlos en una o dos actividades, de mayor impacto. - Se perfila con absoluta claridad la naturaleza lúdica que debe tener, en este caso concreto, la actividad de musicoterapia, la que al parecer se constituye como un espacio y un momento de esparcimiento y distensión, en medio de un contexto escolar de mayor estructuración y rigidez.
<p>VI. PRÓXIMA SESIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuar con canciones. - Facilitar expresión corporal.

Desde esta sesión en adelante el proceso musicoterapéutico va cobrando paulatinamente una forma y una dirección más claras. Se observa un mayor afiatamiento y cohesión grupal, a la vez que se tiende al equilibrio expresivo. Se observa un aumento general del entusiasmo del grupo por las actividades sonoro-musicales. A su vez éstas se concentran en primer lugar en una menor cantidad de objetivos, y segundo, en aquellas de tipo pasivo, es decir, que priorizan la escucha y su consiguiente expresión corporal y baile. A esto se le agrega la presencia, ya definitiva de un fuerte componente lúdico y recreativo en la actividad.

En definitiva se observa una segunda fase mejor estructurada y, como ya he señalado, con mayor claridad, lo que permite un mejor abordaje de las dificultades propias de todo proceso musicoterapéutico.

El cierre del mismo se realizó en forma tranquila. Alrededor de la sesión número 12 ya se les avisó que quedaban pocas sesiones. En la sesión última, es decir la número 15 se realizaron más o menos las mismas actividades que venían realizándose; canto y baile colectivo principalmente. Lo único extraordinario fue que se dió más tiempo para que verbalizaran respecto a la experiencia.

2.7.- Resultados de la Intervención.

Pese a que el proceso no tuvo una evaluación formal, en términos de que no consistió en una medición de indicadores objetivos, fué posible consignar para el registro una serie de observaciones de relevancia que serán descritas más ampliamente en los análisis posteriores.

Lo que se puede afirmar es que hubo una experiencia grupal, un proceso que transcurrió en un tiempo determinado, que aglutinó al grupo en torno a una actividad sonoro-musical específica.

Esta experiencia grupal tuvo su propio ritmo en tomar forma de cuerpo grupal. Es más, podemos decir que pese a que fue un proceso más bien corto y de lenta clarificación, se pudo observar, como quién vislumbra el inicio de una curva, que el grupo y su expresión sonoro-musical toman una dirección concreta., pudiendo percibirse un mayor afiatamiento, una disminución de los exabruptos personales y un entusiasmo general con la actividad musicoterapéutica.

La línea de trabajo consistente en favorecer la expresión a partir del canto y baile en conjunto, sumado a un acercamiento a la cultura musical de los participantes, se ha acercado a una forma de equilibrio y cohesión grupal.

A esto contribuyó el entusiasmo generado por la introducción de estos nuevos elementos, practicados en grupo. Se percibe que el proceso se optimiza, y esto redundando en un fortalecimiento del vínculo terapéutico y especialmente del vínculo grupal. Se observa un aumento en el sentimiento de pertenencia grupal, y sin embargo no tiene que ver estrictamente con un sentimiento de alegría sino más bien con el hecho de sentir algo común, de sentir juntos. Queda claro entonces que la actividad musicoterapéutica en este caso en concreto debe tener una naturaleza lúdica, que le permita constituirse como un espacio y un momento de esparcimiento en un contexto escolar y probablemente personal de mayor estructuración y rigidez.

3.- Análisis de la Intervención Musicoterapéutica.

La reflexión posterior respecto al proceso global de la intervención indica que es pertinente la realización de un análisis por lo menos en dos niveles distintos. Denominaremos a estos niveles, lo Técnico; referido al proceso de trabajo que incluye el planteamiento de objetivos, el encuadre, las actividades y el desarrollo expresivo del grupo, y lo Vincular, referido al proceso de vinculación entre el terapeuta y el grupo. Hay que entender que en realidad son dos aristas de un mismo proceso grupal y sonoro-musical, que para fines de comprensión se plantean como separados. Sin embargo se afectan en forma constante. Es más, podremos decir más adelante, que uno es el cuerpo estructural, lo otro es el aliento vital, la comunicación humana, el sentimiento.

Entonces la primera parte de este análisis se referirá al primer nivel, lo Técnico, término amplio para referirse a lo que se hizo, la actividad, los conceptos y técnicas aplicadas.

En una segunda parte abordaré este espacio de lo Vincular, el fenómeno comunicacional implicado, el contacto con el otro; reflexión imposible de realizar cabalmente sin involucrar la propia subjetividad.

3.1.- Análisis de lo Técnico.

Respecto al primer nivel podemos precisar las siguientes características:

Las técnicas ocupadas fueron receptoras y activas, en tanto se le dio un uso a lo sonoro-musical consistente en escuchar (lo receptor) y tocar-cantar (lo activo), siempre asociado a un fuerte componente de expresión corporal y baile.

Su carácter fuertemente inclusivo, es decir que permite e incluye todo tipo de actividades que emitan o reciban sonido y música, la acerca a la Terapia de Libre Improvisación de Alvin.

Esta cercanía no es sólo por el uso libre, activo y/o pasivo, de los elementos sonoros, sino que principalmente por la concepción de lo recreativo. Esta autora entiende y usa este concepto como “un placer espontáneo y no crítico del momento, que no supone ningún esfuerzo hacia la adquisición o el adelanto de la capacidad musical y que no se proyecta hacia lo futuro.”¹⁶ Plantea que “el goce musical ayuda a estimular la mente, revive recuerdos y activa el cuerpo.”¹⁷ Pone de manifiesto que el énfasis en lo recreativo puede, dado un apropiado manejo musicoterapéutico, constituir un estado pre-terapéutico, donde las características del proceso (naturalidad, fluidez y buen humor) cumplen un rol fundamental al permitir la baja de las defensas emocionales y corporales, lo que facilita la manifestación de lo expresivo.

En todos los casos se observó que el proceso musicoterapéutico se enfocaba, tomaba forma y consistencia cuando surgía la expresión. Como se describió, en la práctica predominó en primera instancia el uso de instrumentos a través de las improvisaciones, para luego ir dando paso a la expresión vocal y luego la corporal a partir del sonido.

También tuvo importancia el trabajo realizado en torno a la audición musical. En este sentido fue significativa la búsqueda y utilización de referentes musicales, culturalmente familiares, para los participantes. Esto recalcó el rol recreativo de la actividad y fortaleció el vínculo con el musicoterapeuta. Sin embargo, también fue significativa la audición de nuevas músicas, que sin duda contribuyeron a la movilización emocional, corporal y grupal. Se destacan la música del disco Tambores Africanos y, para algunos, la escucha de música hip-hop, de factura nacional, que constituyó un verdadero descubrimiento cultural.

Entonces, en síntesis, la corriente expresiva generada en los distintos ámbitos de trabajo provocó expansión y distensión, y además de estos resultados, generó un inicio de sentimiento de pertenencia y cohesión.

Las observaciones recogidas en terreno develaron paulatinamente, con una claridad que fue muy progresiva, no inmediata, la importancia de los aspectos más significativos involucrados; el canto, el baile, el juego y la necesidad de recrearse.

¹⁶ Alvin, Musicoterapia, 1984, p. 149.

¹⁷ Ibid., op. Cit., p. 154.

Estas observaciones se refrendan posteriormente en la revisión bibliográfica realizada. De este modo es posible encontrar numerosas referencias, primero, al hecho de que uno de los déficit más sensibles y de mayor impacto en las personas con D.V. tiene relación con su tendencia potencial a la inmovilidad, a la inhibición del movimiento; y segundo, a la utilidad específica de la musicoterapia para generar movimiento, emoción y esquema corporal.

Por esto es posible observar como, a lo largo de todos los procesos musicoterapéuticos con personas con deficiencia visual descritos, cobra importancia el trabajo sonoro musical dirigido al cuerpo, en tanto suena, en tanto recibe, se expresa y se distiende, a través de una actividad que antes que cualquier otra cosa es recreativa.

Pero aquí es necesario detenerse pues de lo que estamos hablando no es de cualquier tipo de expresión o movimiento corporal sino de aquel que es movido por la música y concretamente asociada a ésta, es decir: bailar.

Corresponde entonces a un fenómeno de expansión emocional, vehiculada a través de la realización de una actividad corporal gozosa en términos del ánimo. Es este el elemento crucial que marca la diferencia con el ejercicio o gimnasia.

Ya se señalaba como los miembros del grupo, particularmente, se mostraban reacios a cualquier actividad que les recordara mínimamente a un ejercicio, actividad cuyo sentido está en un “para algo”, es decir se hace para lograr un objetivo.

Por el contrario estamos ahora en presencia de un evento cuya gratificación está en si misma, en la realización de la actividad, es decir, la definición de juego o naturaleza lúdica.

Este hecho consiste en una especie de catarsis, un “soltarse” que no es permitido, en general, por su condición. Y porque esta inhibición, asociada al aislamiento, radica permanentemente en el cuerpo, es ahí entonces donde hay que focalizar el abordaje o tratamiento de la contractura; recordemos, física y emocional.

Estamos hablando entonces, a la luz de los hechos relatados, de una nueva y más completa forma de entender la noción de diversión y sus sinónimos. Quizás en un acercamiento más dirigido hacia la acepción original de las palabras; divertir, en tanto, llevar por varios lados, recrear, en tanto crear de nuevo.

Es de algún modo, una reivindicación de la seriedad y profundidad natural de estos conceptos, tan denostados y frivolidados en nuestra sociedad y cultura “modernas”.

Pues, ¿qué otra cosa es la urgente búsqueda de pasarlo bien con las y los amigos, disfrutar de la música y el baile, que un urgente llamado por la vida y por tomar, con toda justicia, lo bueno que ella trae?

Sin embargo estamos hablando también, de una instrumentalización del acto lúdico, en una especie de trampa del paradigma.

Esta expansión de los límites corporales y emocionales no es posible sino en el contexto del proceso musicoterapéutico, que brinda un encuadre con estructuras de contención que otorgan las garantías necesarias para soltarse y al menos por un instante, dejar de lado el miedo.

Este equilibrio es delicado y su posibilidad es lo que le dá la enorme potencia a la herramienta musicoterapéutica, y exige por lo tanto la pericia y competencia del terapeuta para manejar la energía generada dentro de los marcos de seguridad, nuevamente, emocional y corporal.

Aquí radica la diferencia entre participar en un acto recreativo y social espontáneo, como una fiesta, y la participación en un proceso musicoterapéutico; que permite soltarse pues a la vez, protege.

Este equilibrio es lo que permite acceder o más bien sacar a la luz el núcleo dañado del cuerpo, que alberga al binomio inhibición-aislamiento, para, mediante la acción sostenida y organizada del proceso musicoterapéutico, realizar la transformación paulatina en un nuevo binomio: expresión-socialización.

Esta es la idea central que subyace a los distintos procesos implicados en esta experiencia práctica. La idea de distender, a través de musicoterapia, la contractura corporal primero, emocional luego y finalmente social. O al mismo tiempo.

3.2.- Análisis de lo Vincular.

Si un análisis de los vínculos humanos involucrados en este proceso implica necesariamente alguna reflexión respecto a la vivencia subjetiva del terapeuta pues he de comenzar esta parte señalando que la sensación global al final de las sesiones fue de dificultad. Esta se sostiene en la meta observación de que así como hubo un proceso musicoterapéutico en términos de objetivos-actividades-resultados; que ha sido analizado desde el marco teórico generando un postulado

específico y concreto (es decir, lo Técnico), es posible también una lectura paralela que observó el proceso de vinculación grupo – terapeuta.

Y la observación más relevante fue que este proceso específico encarnó en si mismo la difícil transformación desde el binomio inhibición-aislamiento hacia el binomio expresión-contacto.

Esto permitió apreciar similitudes y sincronías entre ambos procesos que sugerían alguna forma mayor de coordinación: una perspectiva global del grupo en interacción, que incluye al terapeuta como uno más, que sin embargo cumple un rol y un manejo específico.

Lo cierto es que las descripciones que se pueden hacer se relacionan mucho con lo observado y expuesto en el análisis de lo Técnico, respecto a la forma en que se dá el contacto, la facilidad o dificultad para vincularse, y cómo finalmente, en términos de “ver” a los otros, todos podemos ser “ciegos”, o como dice esta monografía, tener D.V. Incluso el terapeuta.

De ahí la sensación de dificultad, de reconocer, en retrospectiva, que fué un camino que se inició sin muchas claridades, con poca información bibliográfica respecto a experiencias previas de este tipo, y también respecto a los antecedentes de los jóvenes seleccionados para la actividad.

Sin embargo la resistencia principal vino desde el propio terapeuta en práctica, quien suscribe. Esta resistencia se apreció en la vinculación con el grupo de jóvenes con D.V., y si contactarse es ver, pues diremos que al menos en la mitad inicial del proceso, se actuó con una amplia ceguera. Esta dificultad para establecer el contacto se relacionó con varios factores. Desconocimiento de la condición, lejanías culturales, quizás algún temor asociado a esa discapacidad en particular y al prejuicio de su atrocidad.

Pero hubo un factor particularmente llamativo, que podríamos denominar como un problema de “rigidez metodológica”, que afectó el abordaje del proceso, dificultándole la fluidez y la sintonización entre las partes involucradas.

Esta rigidez se manifestaba como una inercia de métodos y actividades realizadas durante años, en experiencias anteriores, con distintos tipos de discapacidades y que han constituido en definitiva una escuela de formación para el terapeuta en práctica. La característica más relevante en términos musicoterapéuticos es que preponderaban las técnicas más activas, es decir, aquellas que privilegiaban el “tocar” y el “sonar”, la emisión de lo sonoro-musical. Esto se tradujo en las sesiones iniciales como un énfasis en las actividades que ocupaban instrumentos;

específicamente, las improvisaciones. Se observó también como un abordaje del proceso realizado sin la calma ni el cuidado suficiente para ver con quienes se iba a trabajar; al punto de que ni siquiera se hizo una ficha musicoterapéutica mínima que pudiera dar algunas luces que sin duda hubieran contribuído a facilitar la fluidez del proceso.

Entonces, la lectura paralela que menciono tiene que ver con una mirada más amplia que, lamentablemente en retrospectiva, permite ver cómo los procesos del grupo que se está vinculando mediante el manejo del terapeuta, son afectados a su vez por cómo se vincula este mismo terapeuta con el grupo. Este paralelismo es tan evidente que es posible señalar que el tiempo que tomó el proceso global en tomar una forma más definida, con un esbozo de dirección y sentido, corresponde al tiempo que le tomó al terapeuta vincularse con el grupo y por fin verlos en una dimensión más real.

Este fenómeno está señalado en el primer nivel de análisis y se describe como una división del proceso global en dos fases, más o menos identificables de acuerdo a las sesiones, y cada una con características metodológicas particulares. Así, podemos apreciar una primera fase cargada hacia el trabajo más activo, centrada por lo tanto en tocar, a través de las improvisaciones y los instrumentos. Paulatinamente, conforme ocurre esta vinculación-visión, se va dando un mayor uso de técnicas pasivas, que potenciaron primero el canto y luego la escucha, la expresión corporal y el baile. Paradojalmente, fueron estas técnicas pasivas las que resultaron ser más activadoras del proceso global, permitiéndole finalmente una mayor fluidez.

La explicación metodológica para este hecho está más o menos clara; un acostumbramiento a trabajar de ciertas formas y no de otras, más inusuales, Una perseveración en una visión específica y por cierto limitada del fenómeno sonoro-musical, centrada en el “sonar-tocar”, que fue recibida por los miembros del grupo como una imposición. Y ya se había señalado como una característica grupal la resistencia que presentaban frente a actividades muy estructuradas, tipo “colegio”.

Otro tipo de explicación, de índole más psicológica, es más oscura y no se entiende muy bien. Podría aventurarse que hubo rigidez, y temor frente a lo desconocido. Podría decirse con un poco más de propiedad que fue desconfianza en los propios recursos terapéuticos frente a una

situación nueva. Podría también especularse, no sin cierta base, que hubo pánico escénico frente a la observación de la profesora guía. En fin.

Sin embargo, es destacable que estos intentos de respuesta nos conectan con ciertas preguntas esenciales del acto terapéutico; como qué es la terapia, qué es ser terapeuta, y una vez medianamente definido, si se quiere ser terapeuta, y si se está dispuesto a asumir esa carga; ser el médico-brujo de la tribu. Pues es una carga, conferida por la responsabilidad que dá el vínculo.

Lo fundamental que aquí ha ocurrido es que al parecer el quehacer terapéutico, más allá de las técnicas y los conocimientos, pasa en forma indispensable por un contacto claro, directo y honesto con uno mismo. Es decir, uno como terapeuta debo estar centrado no sólo en “ver” bien a la o las otras personas sino que percibir claramente que es lo que esas personas me hacen sentir. Y esto debe ser así porque en realidad no hay mejor herramienta para el quehacer terapéutico, que implica profundamente la percepción del otro, que tener un buen contacto con uno mismo. Esta capacidad recibe distintos nombres, intuición, instinto, olfato, son algunos de ellos. Aplicándolo en el contexto de la experiencia práctica, diría que Ver es la palabra.

VI. CONCLUSIONES FINALES.

Conforme entonces a las referencias señaladas anteriormente, la pregunta de fondo es: ¿cuál es el aporte concreto de la musicoterapia en la educación especial requerida por las personas con D.V?

La respuesta se asoma cuando pensamos respecto a la naturaleza de la expresividad, y qué es lo que entendemos por ella.

Hemos visto como se cita este concepto repetidamente a lo largo de este escrito así como en toda la bibliografía asociada. Así, entendemos que la expresión es un concepto central de la musicoterapia, tanto ligada a la educación especial como la que opera en otros ámbitos.

En general se la entiende como un acto de sacar “afuera”, o sacar “a flote”, a la “superficie”, algo que estaba oculto, en la oscuridad, amorfo, difuso e indistinguible.

Y efectivamente, tiene que ver con un “movimiento” de apertura, que opera a distintos niveles; de adentro hacia afuera en términos de la conciencia, de un individuo hacia los otros en términos sociales.

Lo cierto es que lo que se expresa siempre tendrá que ver con revelar lo desconocido. Mario Trevi señala que “sólo sabemos con certeza que tener experiencia de nosotros es experimentar con una sombra.”¹⁸ Propone entonces establecer un vínculo con ella (la sombra) a través de un símbolo o representación, que desde lo estético cumpla su función traductora y facilitadora de comprensión y por lo tanto de contención. Dice Gauna¹⁹ que los aportes de la musicoterapia tienden a sustentar el hecho de entender a lo expresivo como una construcción de sentidos, donde lo dicho es vivenciado a través de un símbolo.

La energía de lo que se expresa es de naturaleza emocional. La expresión, por definición, alude a la muestra de los afectos. Sin embargo esta emoción no es energía abstracta, sino que reside en un sustrato concreto y corpóreo. Wallon habla del dominio de lo postural y sostiene que “las

¹⁸ Trevi citado en Gauna, Del Arte, Ante la Violencia, 2001, p.25.

¹⁹ Gauna, Del Arte, Ante la Violencia, 2001.

emociones, esencialmente función de expresión, función plástica, son una formación de origen postural y tienen por material el tono muscular.”²⁰

El símbolo o representación que se elabora mediante la participación en el ejercicio expresivo es finalmente una lectura madurada de lo que se siente, una traducción a un lenguaje comprensible y comunicable de algo que anteriormente era un cúmulo de sensaciones dispersas. Constituye por lo tanto una forma de darse cuenta.

Lo que aquí ocurre es un aprendizaje, el desarrollo de una conducta adaptativa; caracterizada por la optimización de un esquema corporal, es decir, la integración de las sensaciones del cuerpo físico y emocional en un todo organizado que permite tomar conciencia, darse cuenta y ver los procesos que en este cuerpo operan, a la vez que un mayor control sobre este cuerpo y sus relaciones espaciales.

“El cuerpo se construye. Y esta construcción se elabora desde una sensación corporal difusa hasta un todo que puede aislarse en distintos componentes; cabeza, brazos, tronco, piernas, manos, dedos; sin perder por ello su condición de todo. Es a partir de las experiencias sensoriomotoras y de relación con los otros que se constituye la imagen corporal.”²¹

Esto se conoce como integración sensoriomotora, ocurre en todas las personas y no resulta limitada por la discapacidad visual. Cada niño tiene un proceso de integración sensorial adecuada a su situación, es decir, procesan informaciones sensoriales por los canales sensoriales disponibles.

Se puede afirmar entonces que un trabajo musicoterapéutico, sostenido y organizado, enfocado a promover expresión corporal, en las formas específicas del canto y el baile, y con una metodología recreativa, resulta finalmente en el desarrollo y afianzamiento del esquema corporal, control emocional y certeza cognitiva, que se traduce en un mayor sentimiento de seguridad, que a su vez facilita el logro de habilidades sociales.

²⁰ Wallon citado en Gauna, Del Arte, Ante la Violencia, 2001, p. 31.

²¹ MORAES G. B. Marilda y Palácios Ayola. Desarrollo del Niño con Deficiencia Visual desde una Perspectiva Sociocultural.[en línea]
<http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/desarrollo.pdf>
[consulta:octubre,2009]. P.15.

Por consiguiente el postulado es que la forma concreta de operar de la musicoterapia o la forma en que logra transmutar el binomio inhibición-aislamiento por el de expresión-socialización es a través de su acción directa sobre la formación, afianzamiento y reparación del esquema corporal. Diremos que éste es uno de los roles por excelencia de la musicoterapia, dado el poder del lenguaje sonoro-musical sobre el tono muscular y el tejido emocional que sustenta. Pero sobre todo remarcaremos que este mismo rol adquiere aún más potencia en la educación especial que busca corregir y paliar los déficit producidos por este defecto sensorial específico; la carencia de percepción visual.

Es necesario un trabajo sistemático fundamentado en diversas sensibilidades, vivencias y conciencia del propio cuerpo. Al plantearse este proceso como un aprendizaje en relación y en convivencia, a través de experiencias significativas y en contexto, el niño con D.V puede construir un esquema corporal sin los vacíos que se diagnostican en esta población y los cuales de forma errada se atribuyen al problema visual.

Estamos frente a un modelo de intervención no centrado en el defecto. Es decir, la musicoterapia jamás va a revertir la condición de ceguera de las personas involucradas. Nunca corregirá el defecto. Ni tampoco le interesará, pues su ámbito de acción es y serán las deficiencias, es decir, prevenir y/o paliar los daños o impactos producidos por el defecto, en los ámbitos psicológicos, corporales y educacionales, por consiguiente, lo psicopedagógico.

Esto nos lleva a una segunda observación que es que al no estar centrada en el defecto de la persona, deberemos entender la intervención como parte de una mediación social, como una alternativa más, dentro de la disponibilidad de ayudas técnicas especiales y adaptaciones específicas del ambiente y los objetos.

Y esto involucra una voluntad política finalmente, para el cambio conductual, social y cultural. Diremos que en el fondo la inclusión en particular y la convivencia en general son para una sociedad una cuestión de visión; ampliada, nueva, valiente.

A modo de cierre, la reflexión personal más relevante relativa a la formación de musicoterapeuta, guarda relación con haber experimentado en forma clara aquello que en mi opinión define el oficio musicoterapéutico, y quizás, las técnicas expresivas en general. Me refiero a lo que en el análisis de la intervención musicoterapéutica denominé “trampa del

paradigma”. Es decir, cómo lograr el manejo global de los encuadres, técnicas y actividades de modo de producir una situación terapéutica caracterizada por un equilibrio delicado entre dos polos aparentemente opuestos; estructura / contención y movimiento / expansión. La fragilidad de tal equilibrio fue vivenciada en más de una ocasión. En el caso concreto de este proceso musicoterapéutico se expresó en la dicotomía entre los aspectos más rígidos de la actividad como el encuadre espacial y temporal, ciertas normas en el uso de los instrumentos y la estructuración de cada sesión en base a un saludo y una despedida ritual, en oposición a los aspectos más catárticos de la experiencia; el canto y baile grupal. En las postrimerías del proceso, la sesión número doce, ocurrió un evento de desorden, que implicó volver al desequilibrio expresivo. Esta situación se produjo por un acaparamiento de instrumentos por parte de un participante, el que manifestó una tendencia a imponer su voluntad en la sesión, desatendiendo al grupo. La forma en que se consiguió restaurar el equilibrio fue mediante el rito de despedida, logrando organizarse el grupo nuevamente.

El evento fue significado en el momento como una indisciplina. Poner límites y hacerlos respetar es contener emocionalmente, pero conlleva dificultades metodológicas particulares en el contexto de las intervenciones con técnicas expresivas. En este caso el método más eficaz para recomponer el límite fue la canalización de la expresión emocional a través del rito. El rito es una herramienta de trabajo que da contexto y estructura a la catarsis emocional y es lo que sustenta el equilibrio finalmente.

Bajo el prisma del análisis vincular, estas consideraciones adquieren aún mayor profundidad. Tal como se señaló, el contacto o vínculo entre el terapeuta y el grupo encarnó en sí mismo la difícil transformación del denominado binomio inhibición-aislamiento hacia el binomio expresión-socialización. Lo que he expresado como “trampa del paradigma” corresponde a un ideal del manejo musicoterapéutico, una optimización. Y no es tan sólo una cuestión de maestría técnica. Es esencialmente un asunto vincular. Así, lo que realmente se necesita para generar esta situación, que es donde ocurre lo terapéutico, es un vínculo sólido, que permita al terapeuta tener las claridades y certezas para realizar un correcto manejo de los encuadres, técnicas y actividades, y ofrecer una real capacidad de contención de modo de facilitar en los participantes del grupo la confianza y la seguridad que permitan finalmente la entrega.

A la luz de esto, entonces se puede entender el evento descrito anteriormente como una fragilidad o un retroceso sustentado en una aún no suficiente confianza. Más aún, bajo esta perspectiva, podemos entender que la observación del “desequilibrio expresivo” corresponde a

una manifestación de la desvinculación; primero entre ellos, los participantes del grupo, y luego entre el grupo y el terapeuta. Y en consecuencia, entender el afiatamiento grupal y el disfrute de la experiencia sonoro-musical como muestras de un movimiento de vinculación.

Diremos entonces, a modo de conclusión final, que el proceso musicoterapéutico relatado, descrito y analizado en esta monografía adoleció en líneas generales de solidez vincular. Los motivos presumibles ya fueron expuestos. Se habló de inercia y rigidez metodológica.

Agregaría aquí, al final de todo, que quizás el tiempo fue demasiado corto. Aún habiendo realizado un abordaje inicial más claro y eficaz queda la sensación de apuro y brevedad.

Es que es importante tener presente que los procesos son tiempo y muchas veces tienen ritmos propios y movimientos inesperados.

Puede homologarse a un trabajo de artesanía fina, un acto de joyería, que mueve delicadamente y con precisión, tejidos, musculares y emocionales, también muy finos; y adquirir este oficio requiere paciencia, práctica y constante super-visión.

Finalmente resta señalar la satisfacción de haber conocido un poco más de cerca a quienes viven con esta discapacidad, y a éstos jóvenes en especial, que me enseñaron que ver no es sólo sensorial, sino principalmente estar comunicado y vivir en contacto con los otros.

VII. BIBLIOGRAFÍA.

1.- Libros.

1. ALVIN, Juliette. Musicoterapia. Barcelona. Paidós Educador, 1984. 212 p.
2. ALVIN, Juliette. Música para el Niño Disminuido. Buenos Aires. Editorial Ricordi, 1993. 191 p.
3. BRUSCIA, Kenneth. Modelos de Improvisación en Musicoterapia. Salamanca. Ed. Agruparte, 1999. 429 p.
4. CAMACHO Sánchez, Pilar. Musicoterapia: Culto al Cuerpo y a la Mente. *En*: GIRÓ Miranda, Joaquín. Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. Universidad de La Rioja, 2006. p. 155-188.
5. GAUNA, Gustavo. Del Arte, Ante la Violencia. Neuquén. Editorial de Nueva Generación, 2001. 138 p.
6. LACARCEL Moreno, Josefa. Musicoterapia en Educación Especial. Murcia. Publicaciones Universidad de Murcia, 1990. 531 p.
7. SCHAPIRA, Diego “et al”. Musicoterapia Abordaje Plurimodal. Turdera. Adim Ediciones, 2007. 214 p.

2.- Publicaciones en Internet.

1. GALET, Sandra y Lorente, Gema, Evolución Histórica del Concepto de Ceguera y Deficiencia Visual.[en línea] <www.ugr.es/iramirez/Defvisual.doc> [consulta: marzo, 2009]
2. MORAES Garcia Bruno, Marilda y Palácios, Ayola, Desarrollo del Niño con Deficiencia Visual desde una Perspectiva Sociocultural.[en línea]
<http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/desarrollo.pdf>
[consulta:octubre,2009]
3. RODNEY, Peter, El Aspecto Psicológico de la Discapacidad Visual como Elemento de Comprensión Central en el Desarrollo de la Inclusión.[en línea]
<<http://www.once.es/appdocumentos/once/prod/SS-PUB-EDM-22.pdf>> [consulta:febrero,2010]
4. TARANILLA López, MªDolores y Taranilla López, Ana, Musicoterapia en Educación Especial.[en línea]
<http://www.csi-sif.es/andalucia/modules/mod_sevilla/archivos/revistaense/n23/23010101.pdf>
[consulta:mayo, 2009]