



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
POSTÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MUSICOTERAPIA

Musicoterapia en Educación Especial
Una mirada inclusiva desde el amor y el juego

Intervención Musicoterapéutica en la Escuela Especial Nuevo Mundo

Por

Francisco Herrera Muñoz

Profesor de Educación Musical

Licenciado en Ciencias y Artes Musicales

Licenciado en Educación

Profesora Guía: Silvia Andreu

Santiago, Diciembre de 2012

Indice

I. Introducción.....	4
II. Contexto Institucional	6
2. Marco Institucional.....	6
2.1. Asociación Nacional del Discapacitado Mental	6
2.2. Visión y Misión de la Asociación	7
2.3. Escuela Especial Nuevo Mundo	8
2.4. Diagnóstico Institucional.....	9
III Marco Teórico	11
3.1. Marco Teórico conceptual	11
3.1.1. Educación Especial.....	12
3.1.2. Síndrome de Down	14
3.1.3. Emociones, amor y juego	19
3.2. Marco teórico Musicoterapéutico	23
3.2.1. Abordaje Plurimodal.....	23
3.2.2. Ser en la música.....	29
3.3. Síntesis.....	31
IV Proceso Musicoterapéutico.....	34
4. Descripción del Proceso Musicoterapéutico.....	34
4.1. Presentación del Caso.....	34
4.2. Etapas del Proceso Musicoterapéutico.....	36
4.2.1. Valoración diagnóstica inicial	36

4.2.2. Conclusión de la aproximación diagnóstica.....	38
4.3. Objetivos de la intervención.....	39
4.3.1. Objetivo general	39
4.3.2. Objetivos específicos.....	39
4.4. Setting	40
4.5. Desarrollo.....	41
4.5.1. Conclusión del desarrollo.....	46
4.6. Cierre.....	47
4.7. Evaluación	49
V. Conclusiones.....	57
VI. Bibliografía	60

I. Introducción

La monografía presentada a continuación está basada en un proceso musicoterapéutico llevado a cabo en la Escuela Especial Nuevo Mundo, dependiente de la Asociación Nacional del Discapacitado Mental (ANADIME).

Este proceso se realizó con la participación de “M” un niño de ocho años de edad con síndrome de Down que asiste a la Escuela Especial Nuevo Mundo. La intervención musicoterapéutica constó de catorce sesiones realizadas entre el 20 de agosto y el 10 de diciembre del año 2012.

Una de las principales motivaciones que me llevaron a realizar la práctica en una institución de educación especial fue el poder observar cómo la musicoterapia puede constituirse en un medio concreto para otorgar bienestar y favorecer el desarrollo de personas con necesidades especiales, pero desde una mirada inclusiva, que considere al otro no desde la discapacidad, sino desde sus características propias y particulares, acogiendo y valorando la diversidad de todas y todos.

Esta mirada integral del ser humano se fundamenta en aspectos teóricos desarrollados por el biólogo y epistemólogo Humberto Maturana. Según sus planteamientos las emociones, y primordialmente el amor, tienen un rol esencial en el desarrollo de las personas.

Desde este punto de vista en que lo emocional se erige como un pilar fundamental del desarrollo humano, el juego, por ser una actividad que implica a las emociones de quienes lo están vivenciando, se constituye como una forma de interacción humana profundamente enriquecedora capaz de beneficiar significativamente a quienes participan de ella.

En cuanto a lo musicoterapéutico se consideraron fundamentos teóricos desarrollados por el musicoterapeuta Diego Schapira y el conjunto de profesionales que conforman ADIM (Asistencia, Desarrollo e Investigación en Musicoterapia) y que han desarrollado los planteamientos del Abordaje Plurimodal (APM) que entiende al ser humano desde una perspectiva integral como un ser biopsicosocioespiritual. También se consideraron planteamientos del musicoterapeuta Kenneth Aigen, quien ha estudiado en profundidad los fundamentos teóricos del modelo Nordoff-Robins y la importancia de “ser en la música”

II. Contexto Institucional

2. Marco Institucional

La práctica profesional se realizó en La Escuela Especial Nuevo Mundo, dependiente de La Asociación Nacional del Discapacitado Mental (ANADIME)

2.1. Asociación Nacional del Discapacitado Mental

“ANADIME es una institución laica y humanista que promueve una sociedad respetuosa, inclusiva, justa, solidaria y, por ello, profundamente comprometida con las personas especiales y su felicidad”¹

Promueve la equidad para crear una sociedad respetuosa, solidaria, inclusiva, comprometida con la felicidad de las personas especiales.

¹ Anadime Información General [En línea] <<http://www.anadime.cl/informacion-general-anadime-sindrome-de-down-discapacidad-asociacion-nacional-discapitado-mental.htm> [consulta: 14 mayo 2013]

Genera, a través del arte, espacios educativos y de formación laboral que faciliten el desarrollo de las potencialidades humanas, resaltando la dignidad de las personas especiales, entregándoles herramientas compatibles con la sociedad del conocimiento enfatizando el logro de la felicidad y el respeto por el amor.

2.2. Visión y Misión de la Asociación

Visión

La Asociación Nacional del Discapacitado Mental promueve la equidad para crear una sociedad respetuosa, solidaria, inclusiva, comprometida con la felicidad de las personas especiales.

Misión

Generar, a través del arte, espacios educativos y de formación laboral que faciliten el desarrollo de las potencialidades humanas, resaltando la dignidad de las personas especiales, entregándoles herramientas compatibles con la sociedad del conocimiento enfatizando el logro de la felicidad y el respeto por el amor.

2.3. Escuela Especial Nuevo Mundo

La Escuela Especial Nuevo Mundo es una institución sin fines de lucro que busca dar educación de calidad a niñas y niños en situación de discapacidad intelectual. Es particular subvencionada sin financiamiento compartido y se encuentra ubicada en Avenida Ricardo Lyon N° 3020.

En la actualidad la escuela tiene una matrícula de más de 250 estudiantes, en su mayoría Síndrome de Down, quienes son atendidos desde su etapa pre-escolar (2 años de edad) hasta los 26 años. La escuela está adscrita al proyecto de Jornada Escolar Completa (JEC) por lo que el horario es de 8:00 a 16:00 hrs. de lunes a jueves y de 8:00 a 14:00 hrs los días viernes para los cursos básicos. La pre-básica asiste media jornada.

La escuela busca la formación integral de sus estudiantes por medio de las artes y considera en su currículum las distintas áreas del desarrollo (cálculo, lecto-escritura, psicomotricidad, lenguaje, ciencias, artes, etc.) Para esto cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales conformado por: una Directora y una Jefa de Unidad Técnico Pedagógica, 21 docentes titulados en Educación Especial con Mención en Deficiencia Mental, profesores especialistas de

Danza, Teatro, Artes Visuales y Musicoterapia y profesionales de la salud (neuróloga, fonoaudióloga y psicóloga)

En cuanto a infraestructura la escuela dispone de 19 salas de clases, sala de arte, sala de musicoterapia, gimnasio, oficinas, baños y patios.

2.4. Diagnóstico Institucional

Una de las principales dificultades que se pudo apreciar en la escuela es la falta de instancias de trabajo personalizado con los estudiantes. La mayor parte de las actividades se desarrollan de manera grupal sin que se pueda lograr de esta forma atender las necesidades particulares de cada niña y niño.

El trabajo por cursos es tremendamente beneficioso en muchos aspectos. La interacción entre ellos fomenta la cooperación y el aprendizaje en conjunto y la convivencia cotidiana ayuda a que puedan adquirir mayores y mejores herramientas para su desenvolvimiento social, sin embargo, los niveles de desarrollo que presenta cada niñ@ en las distintas áreas, incluso en un

mismo curso, son muy disímiles, al igual que su capacidad de respuesta y autonomía.

A lo anteriormente señalado podríamos agregar, como otra problemática identificada al interior de la escuela, que el enfoque del trabajo está puesto fundamentalmente en desarrollar las habilidades funcionales y capacidades cognitivas de los estudiantes. Esto no quiere decir que las actividades que se han podido observar sean poco lúdicas o dinámicas, pero se puede apreciar que el énfasis del quehacer escolar está, principalmente, en los procesos de enseñanza-aprendizaje, sin dejar mucho espacio para el desarrollo de la expresión y la creatividad de los estudiantes.

Ante esta preponderancia de lo académico surge la necesidad de generar espacios que se aboquen de lleno a abordar sus aspectos emocionales y afectivos a fin de lograr la formación integral que la escuela se ha propuesto.

III Marco Teórico

3.1. Marco Teórico conceptual

En el presente marco teórico conceptual conoceremos la definición de Educación Especial y el surgimiento de un nuevo paradigma que plantea la importancia de pasar desde la noción de Escuela Especial a la de Escuela Inclusiva.

Luego se abordará el Síndrome de Down, desde sus aspectos médicos y psicológicos y desde aquellas características más relevantes y significativas en relación a los atributos particulares de M y al proceso musicoterapéutico llevado a cabo.

Finalmente veremos la importancia de las emociones, y particularmente del amor, para una consideración cabal del ser humano en la que el juego se constituye como una actividad fundamental para el desarrollo integral de toda persona, con un inmenso potencial terapéutico.

3.1.1. Educación Especial

“La Educación Especial, es una modalidad del sistema educativo que desarrolla su acción de manera transversal en los distintos niveles, tanto en los establecimientos de educación regular como especial, proveyendo un conjunto de servicios, recursos humanos, técnicos, conocimientos especializados y ayudas, con el propósito de asegurar, de acuerdo a la normativa vigente, aprendizajes de calidad a niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales (NEE) asociadas a un trastorno o a una discapacidad, asegurando el cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades, para todos los educandos”²

Existen en el sistema educativo distintas opciones para la educación de personas con algún tipo de discapacidad o necesidad especial, entre las que podemos señalar: las escuelas especiales, los establecimientos de educación regular con proyectos de integración escolar y las escuelas y aulas hospitalarias para niños hospitalizados.

² CHILE. Ministerio de Planificación. 2010. Ley 20422: Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Febrero 2010. Art. 35

Las escuelas especiales se encargan del proceso de formación de aquellas personas con “discapacidad sensorial, intelectual, motora, de la relación y comunicación y trastornos específicos del lenguaje”³. Pero al partir desde esa base la escuela especial se fundamenta en la segregación, sin lograr desmarcarse del modelo médico y poniendo el énfasis en la deficiencia. Desde esta premisa son muchas las dificultades que muestra la Escuela Especial para atender las necesidades particulares (no sólo educativas) que cada niño@ manifiesta desde su individualidad.

En este sentido algunas de las críticas más recurrentes e importantes en torno a la educación especial tienen que ver con que “no existe ninguna prueba convincente de que los alumnos progresen más cuando frecuentan una escuela especial”⁴ y que “en la escuela especial, los alumnos no tienen la posibilidad de relacionarse con niños “normales” (y, por supuesto, se niega a los “niños normales” la posibilidad de relacionarse con “niños especiales)”⁵

³ Ministerio de Educación, División de Educación General, Unidad de Educación Especial. 2005. Política Nacional de Educación Especial Nuestro compromiso con la diversidad. Ministerio de Educación, Santiago. 18p.

⁴ Unesco 1993. Conjunto de materiales para la formación de profesores. Las necesidades especiales en el aula. Unesco, París. 38p.

⁵ Ibidem

En respuesta a esta realidad ha surgido en los últimos años el concepto de Educación Inclusiva que se presenta como un enfoque educativo centrado en la diversidad y en la aceptación de la diferencia.

“La inclusión debe verse, como una interacción que se genera en el respeto hacia las diferencias individuales y las condiciones de participación desde una perspectiva de igualdad y equiparación de oportunidades sociales, cualesquiera que sean los valores culturales, la raza, el sexo, la edad y la condición de la persona o grupo de personas”⁶

En este sentido los esfuerzos que puedan hacerse para generar prácticas inclusivas dentro del contexto de la Escuela Especial tienen relación con la aceptación del otro desde el amor, la tolerancia y el respeto, y la valoración de sus diversas necesidades, intereses y potencialidades.

3.1.2. Síndrome de Down

El síndrome de Down es un trastorno genético en el que la persona posee 47 cromosomas en lugar de los 46 habituales. En la mayoría de los

⁶ Zaballa S. 2008 “Tolerancia y No-Discriminación en Escuelas inclusivas” Tesis final de la Licenciatura en Gestión Educativa. Bahía Blanca. Bs. As. Argentina, Universidad CAECE. 17p.

casos este cromosoma demás se presenta en el par cromosómico 21, lo que se denomina trisomía 21.

En la actualidad el síndrome de Down es considerada la causa más frecuente de discapacidad intelectual y de malformaciones congénitas, ya que el desequilibrio génico causa alteraciones en el desarrollo y funcionamiento de órganos y sistemas, ya sea en las etapas prenatales como en las postnatales. El sistema que resulta más comúnmente afectado es el sistema nervioso y dentro de éste, el cerebro y cerebelo, lo que explica la discapacidad intelectual que presentan quienes tienen el síndrome.

El nombre del síndrome se debe a que John Langdon Haydon Down fue el primero en describir esta alteración genética en el año 1866, sin embargo, no llegó a descubrir las causas que la producían. Fue recién en julio de 1958, casi 100 años después, que un joven investigador llamado Jérôme Lejeune descubrió que una alteración genética en el mencionado par de cromosomas era el origen del síndrome.

Hasta ahora se desconocen con exactitud los motivos que originan el exceso cromosómico, aunque estadísticamente se ha relacionado con una edad

materna superior a los 35 años. Las personas con Síndrome de Down tienen más posibilidades, en relación a la población general, de padecer algunas enfermedades, siendo las cardíacas, las del sistema digestivo y las del sistema endocrino, las más frecuentes debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma demás.

A continuación me referiré a aquellas características del síndrome de Down que considero más relevantes en relación a las particularidades manifestadas por “M” durante el proceso terapéutico, sin embargo, es de suma importancia destacar que las características de las personas con síndrome de Down son tan diversas como las de cualquier otro conjunto de personas.

A pesar de lo anterior “existen unas formas de actuar que se dan con mayor frecuencia entre las personas con síndrome de Down y que podríamos definir como características generales de la personalidad de estos sujetos. De hecho, su personalidad y temperamento van quedando bastante perfilados y claros antes de los 12 ó 13 años”⁷

⁷ TRONCOSO. 2003 citado en DEL BARRIO J. 2006. “Síndromes y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones”. Colección FEAPS, Madrid. 58p.

Es importante tener en cuenta entonces que las características que se mencionarán a continuación sólo describen algunos perfiles de comportamiento en lo general y no buscan encasillar ni fomentar estereotipos. Estas características no necesariamente están presentes en todas las personas con síndrome de Down y en aquellos en que sí lo están, sin duda se manifiestan con una amplia gama de matices y sutilezas relacionados a las condiciones particulares en que se ha desarrollado la historia de vida de la persona y que constituyen el sustento de su individualidad.

- Carácter y personalidad:

Escasa iniciativa manifestada en una reducida predisposición a la exploración.

Menor capacidad para inhibir sus conductas y moderar sus reacciones.

Tendencia a la persistencia de las conductas, resistencia al cambio y dificultad para cambiar de actividad o iniciar nuevas labores.

Baja capacidad de respuesta y reacción frente al ambiente, con respuestas de menor intensidad ante los acontecimientos externos y escasa capacidad para interpretar y analizar los mismos.

“Aunque podemos calificar como características de personalidad a las anteriormente enumeradas, entendiendo ésta como una combinación de rasgos heredados e influencias ambientales, no han de ser consideradas como inmutables. Por el contrario, se ha de actuar intentando potenciar las capacidades y habilidades que les puedan facilitar su incorporación a la sociedad y corregir aquellos otros que les limiten ese acceso”⁸

- Inteligencia:

El síndrome de Down conlleva siempre algún grado de deficiencia intelectual asociado. En la mayoría de los casos corresponde a un nivel de deficiencia moderada o leve, la minoría la constituyen aquellos individuos con capacidad intelectual límite y aquellos con deficiencia severa o profunda. La condición de éstos últimos se puede atribuir, principalmente, a alguna patología asociada o a un ambiente disminuido en estímulos.

- Lenguaje:

En las personas con síndrome de Down se dan un conjunto alteraciones que generan un retraso en el nivel lingüístico en relación a la capacidad social y

⁸ DEL BARRIO J. 2006. Síndromes y apoyos Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones. Colección FEAPS, Madrid. 59p.

a la inteligencia en general y, usualmente “Presentan un retraso significativo en la emergencia del lenguaje y de las habilidades lingüísticas, aunque con una gran variabilidad de unas personas a otras”⁹

- Sociabilidad:

Existe la creencia ampliamente difundida de que las personas con síndrome de Down son “cariñosas” y “sociables”, pero sin una estimulación temprana o una intervención adecuada manifiestan un bajo nivel de interacción social espontánea.

Para lograr mayores y mejores formas de integración y desenvolvimiento social es indispensable que la persona con síndrome de Down interactúe habitualmente con otras personas, fomentando su participación en actividades de diverso índole a fin de lograr un desarrollo integral de sus capacidades.

3.1.3. Emociones, amor y juego

En cualquier proyecto educativo que pretenda el desarrollo integral de las personas, un aspecto fundamental a tener en consideración es el relativo al

⁹ Miller et al., 2001 citado en DEL BARRIO J. 2006. Síndromes y apoyos Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones. Colección FEAPS, Madrid. 64p.

mundo emocional de los educandos. Esto no debiera ser distinto en el contexto de la Educación Especial, ya sea para personas con Síndrome de Down o con cualquier otro tipo de condición, pues la necesidad de amor es una necesidad básica de cualquier ser humano.

Pero en el sistema educativo se refleja la realidad del mundo occidental actual, pues vivimos en una cultura que desvaloriza permanentemente las emociones en favor de la razón y la racionalidad. En consecuencia, como señala Maturana, “nos hemos vuelto culturalmente ciegos a los fundamentos biológicos de la condición humana”¹⁰

Según sus planteamientos las emociones “son disposiciones corporales (estructurales) dinámicas que especifican en cada instante el dominio de acciones en que un animal opera en ese instante”¹¹ En este sentido las emociones constituyen el fundamento de todo lo que hacemos, de nuestra conducta, nuestros pensamientos y nuestros discursos racionales.

¹⁰ Maturana H. y Verden-Zöllner G. 1993. Amor y juego Fundamentos olvidados de lo humano. Stgo., Experiencia Humana. 139p.

¹¹ Ibidem.

Desde este punto de vista las emociones tienen un rol fundamental en la constitución del ser humano como un ser integral. Las emociones se entrelazan con la fisiología y la anatomía como un aspecto espontáneo de la ontogenia, la historia de vida individual de cada persona, desde la concepción hasta el momento de su muerte.

En el ámbito de las emociones hay una de particular importancia. El amor. Esta emoción “especifica el dominio de conductas que constituyen al otro como legítimo otro en coexistencia con uno”¹² y establece el dominio conductual en el que los animales en convivencia viven en mutua aceptación. En el amor el otro es aceptado como es en el presente, sin expectativas respecto a las consecuencias de la interacción, aunque es fundado esperar efectos y consecuencias como producto de ella.

Existe un tipo particular de interacción humana que cumple con la condición de ser vivida en el presente y carecer de expectativas. El juego es una forma de interacción que tiene validez en sí misma y se realiza sin ningún propósito fuera del propósito mismo de jugar. De esta forma el juego es vivido como una relación interpersonal que tiene lugar solamente en el amor y una

¹² Ibidem.

relación interpersonal que tiene lugar en el amor es inevitablemente vivida como juego.

Por las mismas características que lo constituyen como tal, el juego desempeña un rol fundamental en el crecimiento integral de toda niña y niño “tanto para el desarrollo de su conciencia de sí, de su conciencia social y de su conciencia del mundo, como para el desarrollo de su autorespeto y autoaceptación”¹³

Estas cualidades, profundamente terapéuticas, son las que hacen al juego, además de un fin en sí mismo, un recurso valioso y útil para incrementar el bienestar de las personas.

¹³ Verden-Zöllner G. 1982 citada en Maturana H. y Verden-Zöllner G. 1993. Amor y juego Fundamentos olvidados de lo humano. Stgo., Experiencia Humana. 140p.

3.2. Marco teórico Musicoterapéutico

Es de suma importancia señalar que la consideración de los planteamientos del Abordaje Plurimodal, a lo largo de la intervención musicoterapéutica, estuvo más centrada en la esencia de sus postulados que en seguir íntegramente y al pie de la letra sus recomendaciones y formas prácticas, fundamentalmente por las propias características del proceso. En este sentido, por mencionar un ejemplo, resulta evidente que no es factible realizar una aproximación diagnóstica de 8 sesiones en una intervención de 14 sesiones. De esta manera el enfoque estuvo dado en el fondo más que en la forma y en hacer uso de aquellas ideas y recursos del Abordaje Plurimodal que fueran pertinentes al proceso musicoterapéutico y su contexto específico.

3.2.1. Abordaje Plurimodal

El Abordaje Plurimodal (APM) tiene sus bases en la estrecha relación existente entre la teoría y la práctica. De hecho la denominación “plurimodal” alude a ambas dimensiones.

En lo teórico es plurimodal porque no adhiere de manera indisoluble a los planteamientos de ningún modelo teórico musicoterapéutico, sino que toma

conceptos de distintas corrientes teóricas en la medida en que resultan valiosos y útiles.

En lo práctico es plurimodal porque no toma una técnica, procedimiento o recurso de manera exclusiva ni los considera a unos como auxiliares de otros o secundarios a otros. Las distintas técnicas y recursos a utilizar son determinadas por el musicoterapeuta, que evalúa cuál o cuáles utilizar en función de las necesidades particulares manifestadas por la persona o población a la que asiste.

El APM desarrolla principalmente cuatro ejes de acción:

- Improvisaciones musicales terapéuticas (IMT)
- El trabajo con canciones
- Estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido (EISS)
- El uso selectivo de música editada

Otro aspecto muy relevante en relación a los planteamientos del APM es la consideración que tiene del ser humano como unidad biopsicosocioespiritual, es decir, el reconocimiento del hombre y la mujer “desde su biología, de manera

integral, y como un sujeto con vida psíquica y espiritual inmerso en un marco social con el que se interrelaciona en una mutua construcción dialéctica”¹⁴

Para el APM “Todo paciente (...) es considerado como un sujeto, un individuo con su propia realidad psicofísica, cuyos padecimientos son únicos”¹⁵
De igual forma ese individuo se nos presenta con Modos Expresivos-Receptivos (ME-R) que le son propios y es labor del musicoterapeuta llegar a conocerlos.

Los ME-R de cada individuo están en directa relación con su consideración como unidad biopsicosocioespiritual, y están constituidos por las pautas culturales y códigos de comunicación característicos de un grupo sociolingüístico específico. Es así que los ME-R “Contienen los ingredientes cualitativos de nuestros actos cotidianos, como formas abstractas, expresadas a través de nuestros sentidos, y constituyen el modelo de la personalidad expresiva de cada ser humano, en su dimensión verbal, gestual, sonora y corporal” ¹⁶

¹⁴ SHAPIRA, D., FERRARI, K., SÁNCHEZ, V., HUGO, M. 2007. Musicoterapia Abordaje Plurimodal. ADIM Ediciones. 33p.

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Ibidem.

Las lógicas de intervención en el APM se han desarrollado en la consideración de que cada individuo condiciona su presente y futuro en función del registro total de experiencias vividas, por lo cual en cada técnica propuesta, en cada sesión, además de tener en cuenta lo que se observa en el momento, hay que considerar que lo que sucede está condicionado por el presente del paciente, los elementos biográficos que se activan en ese instante y por las expectativas y/o resultados que lo que está ocurriendo podrían desencadenar.

En consecuencia “las sesiones en el APM no son programadas sino abiertas. No hay una estructura de sesión estandarizada, ni hay un programa a desarrollar”¹⁷ sino que se busca en cada momento el camino más adecuado en función de las necesidades del paciente. De este modo las propuestas y consignas tienen que ver con:

- El análisis del proceso realizado previamente por el musicoterapeuta

Al entender el tratamiento como un proceso, el musicoterapeuta tiene que ir generando hipótesis respecto a la realidad que atraviesa el paciente mediante el análisis de la transferencia y del discurso sonoro.

¹⁷ Ibidem.

- El “material” aportado por el paciente al inicio de la sesión

El “material inconciente” del paciente es material significativo y constituye el objeto de análisis. Los modos en los que ese material aparece constelan sus Modos Expresivos-Receptivos.

- Los materiales con los que el musicoterapeuta cuente durante la sesión

Estos son los elementos concretos que conforman la variable material del encuadre. Idealmente debieran mantenerse estables, pero de no ser así, el musicoterapeuta debe poseer la habilidad para manejarse ante cualquier eventualidad.

- El análisis “in situ” realizado por el musicoterapeuta a lo largo de la sesión

Es decir, el análisis de la transferencia y contratransferencia musicoterapéutica considerando las particularidades y circunstancias específicas de cada instancia.

En el APM se entiende la intervención musicoterapéutica como un proceso ya que permite atender las diferentes instancias en las que enfocarse

para ser capaces de dar cuenta del fenómeno musicoterapéutico. Bajo esta premisa se considera que todo proceso en musicoterapia debería atravesar las siguientes etapas:

- Etapa de valoración diagnóstica inicial de musicoterapia (VIM)

Este momento del proceso se centra en comprender al paciente como ser humano, con sus condiciones de vida, con sus problemas y potenciales particulares para luego comprender cuáles son sus necesidades terapéuticas. En esta etapa el musicoterapeuta tiene la función de instalar el encuadre como elemento estable que posibilite el despliegue de los ME-R y el inicio de una alianza de trabajo que permita la construcción de la relación transferencial.

- Etapa de tratamiento

En esta fase del proceso el musicoterapeuta conoce más detalladamente el “Universo Musical” del paciente y luego del análisis de la información obtenida en la etapa anterior y del planteamiento de los objetivos, puede realizar una “prescripción” es decir, determinar las estrategias de tratamiento específicas para ese paciente y sus necesidades particulares.

- Etapa de evaluación

La evaluación es considerada en el APM como un proceso constante que permite observar, comparar, relacionar y determinar los cambios que puedan haberse manifestado a lo largo del proceso musicoterapéutico para ir determinando y analizando los alcances que van teniendo las intervenciones llevadas a cabo. La información obtenida en este proceso permite establecer cómo seguirá el proceso, o bien, si ha llegado el momento de dar el alta.

3.2.2. Ser en la música

En su libro “Being in Music – Foundations of Nordoff – Robbins Music Therapy” el musicoterapeuta Kenneth Aigen realiza una revisión y análisis de los principales conceptos y planteamientos desarrollados por Clive Robbins y Paul Nordoff.

Dentro de estos planteamientos el “Ser en la música” se ha convertido en un concepto de particular importancia y ha sido tomado en cuenta por distintas corrientes teóricas, entre éstas el Abordaje Plurimodal, para constituirse como un elemento clave en el desarrollo de una mirada musicoterapéutica centrada en la persona.

La idea de que el inconsciente de cada persona está asentado en una matriz sonora determina que cada uno de nosotros “es” en la música. De tal forma “lo que escuchamos cuando un usuario canta o toca un instrumento no es una producción que habla de él, sino que es la misma persona lo que suena”¹⁸

De esta forma el conocimiento del ser musical es fundamental en el desarrollo de un proceso musicoterapéutico. “Lo que el terapeuta hace en términos de música está determinado por la reacción intuitiva, personalizada hacia el niño... cada relación terapéutica tiene una música que resulta verdadera para aquellos individuos involucrados”¹⁹

Por lo cual, desde una mirada integral, una de las principales tareas del musicoterapeuta es lograr una “forma de estar” en la que tanto terapeuta como paciente estén “viviendo lo más completamente posible en la música. Cuando esto ocurre nuestro ser físico, emocional y espiritual se manifiesta en la música, y está funciona como una extensión de la persona”²⁰

¹⁸ SHAPIRA, D., FERRARI, K., SÁNCHEZ, V., HUGO, M. 2007. Musicoterapia Abordaje Plurimodal. ADIM Ediciones. 38p.

¹⁹ Aigen K. 1993. Traducido por Hugo M. “Being in music – Foundations of Nordoff – Robbins Music Therapy” volumen 1, MMB Music. 3p.

²⁰ Ibidem.

Esta forma de interactuar desde lo musical va posibilitando que surja el material temático del proceso terapéutico, como fruto de la interacción entre musicoterapeuta y paciente. Así “el proceso terapéutico toma una forma artística propia. Esta forma tampoco puede ser predeterminada o deliberadamente creada. Emerge del esfuerzo creativo cotidiano del terapeuta”²¹

3.3. Síntesis

En el presente trabajo hemos visto la importancia de la concepción del ser humano como una unidad biopsicosocioespiritual, atendiendo así a la importancia del desarrollo del ser humano, en sus distintos niveles, desde una mirada integral.

Cada persona como individuo es el resultado de una serie de circunstancias y experiencias de vida personales que lo conforman como un ser único, con potenciales y necesidades particulares.

²¹ Robbins C. citado en Aigen K. 1993. Traducido por Hugo M. Being in music – Foundations of Nordoff – Robbins Music Therapy” volumen 1, MMB Music. 6p.

En el ámbito de la educación especial es de suma importancia generar prácticas inclusivas que promuevan la aceptación de la diversidad mediante el trabajo personalizado, basado en las necesidades individuales de cada niña y niño.

Esta mirada inclusiva se sustenta en el amor, entendido como la emoción que implica la aceptación incondicional del otro, con sus características y necesidades específicas y particulares.

En esta perspectiva el juego, como forma de interacción que es vivida en el presente y desde el amor, surge como un medio y un fin en sí mismo a la vez. Estas características del juego se asemejan a las condiciones que fundamentan la improvisación en musicoterapia, acercando y articulando ambas formas de interacción que constituyen un recurso valioso capaz de acercarnos a la comprensión de las necesidades del otr@.

Estas necesidades se manifiestan a lo largo de la intervención en los Modos Expresivos-Receptivos del paciente y en su forma particular de “ser en la música” y es tarea del musicoterapeuta observarlos y estar atento a ellos

para determinar las prácticas a desarrollar durante el transcurso del proceso musicoterapéutico.

IV Proceso Musicoterapéutico

4. Descripción del Proceso Musicoterapéutico

El proceso musicoterapéutico estuvo constituido por 14 sesiones individuales realizadas entre el 20 de agosto y el 10 de diciembre del año 2012.

Las sesiones se llevaron a cabo en la sala de música de la escuela, una vez a la semana, los días lunes a las 9:45 hrs. con una duración aproximada de entre 30 y 45 minutos.

4.1. Presentación del Caso

- Sujeto de atención

M, niño de 8 años de edad con Síndrome de Down y “discapacidad intelectual severa” asociada al síndrome Tiene 2.1 años de edad social según la escala de Vineland y presenta alteraciones lingüísticas – comunicativas que afectan la dimensión expresiva y comprensiva del lenguaje, generando un habla ininteligible y severas dificultades comunicativas en el ámbito familiar, social y educacional.

Según los antecedentes familiares obtenidos del informe psicológico de la institución, M vive junto a su padre de 52 años, su madre de 48 y un hermano mayor de 14 años, diagnosticado con Trastorno de déficit de atención con hiperactividad. El padre, que se encarga del cuidado de los hijos mientras la mamá trabaja fuera del hogar, señala que la relación entre hermanos es buena, pero que el juego brusco entre ambos es algo habitual. También reconoce que presenta serias dificultades para establecer límites claros e imponer normas y castigos a M.

En el ámbito educativo, M asiste regularmente a la escuela en horario de jornada completa y manifiesta constantemente actitudes disruptivas en la sala de clases, botando sillas y útiles, así como actitudes agresivas hacia sus compañeros y compañeras a los cuales golpea o empuja. La educadora señala que ante estas conductas se opta por separar a M del grupo, quedando así aislado espacialmente y marginado de las actividades que se realizan.

4.2. Etapas del Proceso Musicoterapéutico

4.2.1. Valoración diagnóstica inicial

Esta fase del proceso estuvo constituida por las primeras 4 sesiones. Durante esta etapa las acciones realizadas fueron orientadas principalmente al establecimiento del vínculo terapéutico y al conocimiento de los ME-R de M.

Primera sesión. 20 de agosto de 2012.

M entra a la sala y comienza a patear los instrumentos musicales, luego se sienta frente a un espejo y comienza a golpearse a sí mismo y al espejo, avienta lejos los instrumentos que se le entregan y patea el chequeré rompiéndolo. Dice “go” reiteradamente queriendo, probablemente, decir gol porque acompaña la palabra de patadas. Luego de unos 20 minutos M se calma y se produce un momento de silencio, pero ante la propuesta de tocar el toc-toc sujetado por el terapeuta rehúye a la interacción y responde con agresividad dando patadas nuevamente. Después M se sienta en un rincón de la sala con un raspador de madera en la mano y permite que el musicoterapeuta lo haga sonar mientras él lo sostiene. Se da así una primera instancia de interacción a través de los instrumentos musicales que continúa

con breves vocalizaciones y gestos faciales producidos por M e imitados por el terapeuta. La sesión finaliza sin un cierre claro.

Segunda sesión. 27 de agosto de 2012.

Al inicio de la sesión M vuelve a ubicarse en el rincón de la sala. Acepta tocar el toc-toc sostenido por el terapeuta que se sienta a su lado. Luego se genera un juego de imitación en el que se golpean los pies entre sí produciendo sonidos mientras, además, se producen sonidos con una baqueta en el suelo. En un momento del juego M da una patada al terapeuta que decide moverse hacia el lado generando distancia, ante lo cual M reacciona acercándose hasta quedar muy próximo a él sin volver a golpearlo. Hacia el final de la sesión M y el musicoterapeuta se ubican frente al espejo imitando mutuamente gestos faciales y vocalizaciones. Luego, a iniciativa de M, se vuelven hacia el centro de la sala y dejando los instrumentos se retoma el juego de pies. Se dan momentos de profunda conexión a través de vocalizaciones y sincronías rítmicas. La sesión finaliza con calma y tranquilidad, pero aún sin un cierre definido.

Tercera y cuarta sesión. 3 y 24 de septiembre de 2012.

Luego de la tercera sesión del 3 de septiembre M se ausenta a la escuela por lo que la cuarta sesión no se efectúa sino hasta el 24 de septiembre. En estas sesiones se dieron dinámicas similares a las anteriores, M tarda menos tiempo en calmarse y se muestra más dispuesto a la interacción. En la tercera sesión se realizan juegos rítmicos con las manos e imitación de vocalizaciones sentados uno al frente del otro. En la cuarta sesión M hace sonar los huevitos caminando por la sala sin lanzarlos. Se juega a la ronda y luego M vuelve a sentarse en el rincón acostumbrado y recuerda el juego de los pies, el musicoterapeuta se sienta a su lado y M lo toma del brazo y sonrío, se vive un momento de conexión y reconocimiento. Hacia el final de la sesión, después de jugar con los pisos de la sala, M vuelve al rincón e invita al terapeuta a sentarse con él llevándolo de la mano, cada uno tiene un huevito y los hacen sonar e intercambian mientras realizan vocalizaciones.

4.2.2. Conclusión de la aproximación diagnóstica

Luego de estas primeras cuatro sesiones quedan de manifiesto las dificultades que M presenta para relacionarse con los demás, debido a sus actitudes agresivas y su comportamiento disruptivo. Esto conlleva un

aislamiento socioafectivo que, en lo concreto, se traduce en un retraimiento espacial que lleva a M a refugiarse en los rincones de las salas y a permanecer allí.

De estas necesidades manifestadas por M se desprenden los siguientes objetivos para el proceso musicoterapéutico:

4.3. Objetivos de la intervención

4.3.1. Objetivo general

- Fomentar formas saludables de expresión e interacción de M con su entorno, a través de la música, el movimiento y el juego

4.3.2. Objetivos específicos

- Crear un espacio de contención, seguridad y confianza

- Brindar un espacio de aceptación incondicional

- Disminuir las conductas disruptivas y agresivas

- Fomentar actitudes prosociales

4.4. Setting

El setting inicialmente incorporaba una mayor cantidad y diversidad de instrumentos, pero se tomó la decisión de modificarlo debido al carácter disruptivo de M, luego de que en la primera sesión lanzara y pateara muchos de los instrumentos y rompiera el chequeré. Se privilegió la utilización de instrumentos más pequeños y resistentes a fin de resguardar la integridad física de los participantes del proceso y cuidar los recursos instrumentales de la institución. Finalmente el setting quedó constituido por: Guitarra, panderos, claves, toc-toc, raspador, bongós, huevitos, cascabeles, sonajeros y arquín. Posteriormente, durante el desarrollo del proceso, se incorporó al setting un par de congas.

- Otros recursos materiales utilizados:

- Pisos plásticos
- Notebook para la audición de música editada.
- Celular para el registro audiovisual de las sesiones.

4.5. Desarrollo

Se realizaron 8 sesiones durante la etapa de desarrollo del proceso musicoterapéutico, entre el primero de octubre y el 19 de noviembre del 2012. En ellas se buscó favorecer formas de interacción saludable entre paciente y musicoterapeuta, en un espacio de aceptación y contención, por medio de la música, los instrumentos musicales, la voz, el movimiento corporal y el juego.

En las sesiones 5, 6 y 7 realizadas el primero, el 8 y el 22 de octubre respectivamente, se repiten dinámicas similares a las vividas en las sesiones anteriores y no se evidencian cambios significativos en las formas de interacción. A lo largo de las sesiones surgen breves momentos de conexión a través de una incipiente manipulación de los instrumentos por parte de M o mediante la imitación de vocalizaciones por parte del musicoterapeuta.

Los mayores progresos en estas primeras sesiones del desarrollo se pueden apreciar en el ámbito del desenvolvimiento espacial. M presenta una mayor movilidad y se desplaza con más soltura por la sala, yendo menos hacia el “rincón de refugio” y permaneciendo allí por menos tiempo. Esto último es intencionado por el terapeuta tratando de generar instancias que propicien el

movimiento, con dinámicas como caminar por la sala haciendo sonar los huevitos, para invitar a M a interactuar y seguirlo.

En estas sesiones hubo breves, pero valiosos momentos en los que se logró una conexión desde la calma y la tranquilidad, pero terminaban abrupta y sorpresivamente con M gritando o lanzando los instrumentos para intentar golpear, o ambas cosas simultáneamente.

En las sesiones 8 y 9, realizadas el 29 de octubre y el 5 de noviembre del 2012, se evidenció un cambio profundamente significativo en la disposición y actitud de M y en las formas de interacción entre él y el terapeuta, que constituyó un punto de inflexión en el proceso musicoterapéutico.

En la octava sesión M se mostró más tranquilo y conectado y considerablemente menos disruptivo que en sesiones anteriores. En una primera parte de la sesión se tiende en el suelo y se desplaza arrastrándose y girando, mientras escucha al terapeuta que canta una canción infantil con un tempo lento y una intensidad muy suave. M se va acercando al musicoterapeuta y comienza a aquietarse hasta permanecer recostado en el suelo en una actitud

tranquila y apacible, mientras el terapeuta continúa tocando. A continuación M toma el sonajero, hace algunos sonidos y cuando pareciera que va comenzar a tocar junto con el musicoterapeuta, le tira el sonajero intentando pegarle, pero éste no le llega y él continúa tocando. Todo esto sucede en muy pocos segundos y con la misma actitud de calma. Luego M toma una baqueta, la mueve por el aire y da con ella tres golpes al pandero, al escucharlo reacciona con sorpresa y alegría y después de un par de golpes más toma el pandero y comienza a explorarlo con gran interés, probando distintas intensidades y posibilidades sonoras. La exploración del pandero dura aproximadamente un minuto luego del cual lo tira, pero esta vez hacia un lado y sin la intención de golpear.

Utilizando la baqueta que tenía en la mano M se acerca el arquín, entonces el terapeuta toma una baqueta y comienza a tocarlo para incentivar que M haga lo mismo. Comienzan así a tocar juntos una improvisación de alrededor de 5 minutos, siendo la interacción mediante los instrumentos más larga hasta entonces y la primera vez que consigue permanecer en calma, es decir, sin arranques disruptivos ni actitudes agresivas, durante un tiempo prolongado.

Hacia el final de la sesión M comenzó a mostrarse más inquieto por lo que se decidió darle término a la misma con el fin de hacer prevalecer lo logrado.

En la sesión 9 M se mostró tranquilo, conectado y participativo. Hubo pocos momentos con actitudes disruptivas o agresivas y considerablemente menos intensos que los de las primeras sesiones. Al comienzo llega y se dirige hacia unas congas que ve en el fondo de la sala, comenzando a tocar inmediatamente. Ante el interés manifestado el terapeuta decide incorporarlas, por lo que las lleva hacia el centro de la sala y comienza a tocar junto a M. Tocan juntos por un rato y M empuja las congas y se sube sobre una, intenta equilibrarse y ponerse de pie arriba de ellas, las mira por dentro y en algunos momentos se suma al musicoterapeuta que continúa tocando, generándose breves diálogos musicales. En todo este juego exploratorio muestra gran interés, curiosidad y buena disposición.

En otro momento de la sesión M juega a bailar dando vueltas en círculos mientras el musicoterapeuta canta y toca la guitarra. M se muestra distendido, alegre y divertido, realiza algunas vocalizaciones y manifiesta con sonrisas que

disfruta el movimiento. Luego se juega al “Congelado” y M reacciona con sorpresa y expectación a las pausas musicales, deteniendo el movimiento.

Hacia el final de la sesión, después de cantar la canción de despedida, M se tira al suelo sin querer irse. Al tomarlo para que se ponga de pie vuelve a dejarse caer, generándose un juego que le provoca mucha risa. El musicoterapeuta aprovecha la oportunidad y continúa con la interacción. M reacciona con agrado al contacto, a las cosquillas y al juego.

Las sesiones 10, 11 y 12 se realizaron los días 12, 19 y 26 de noviembre respectivamente. Durante estas sesiones M continúa con la actitud mostrada las semanas anteriores, presentando pocos momentos de disrupción y agresividad.

Se puede apreciar un evidente progreso en su modo de interactuar con los instrumentos. Ahora M toma instrumentos como los huevitos o el arquín sin lanzarlos y manifiesta cierta preferencia por las congas y el bongó. En las congas suele tocar frases breves y homorítmicas, con golpes enérgicos y una intensidad fuerte, alternando silencios cortos a modo de pausas.

En otros momentos el terapeuta improvisa melodías pentatónicas suaves y pausadas acompañándose con la guitarra y M se mueve por la sala y gira con los brazos abiertos, repitiendo el baile realizado en la novena sesión. También se realizaron rondas y otros juegos musicales con movimiento a los que M reacciona con alegría y entusiasmo.

Otra actividad recurrente en estas sesiones es cuando M estira los brazos para ser tomado y busca a modo de juego que se le balancee por el aire o dejarse caer en el suelo. Se muestra más cercano y más cómodo ante el contacto físico. Se ríe con las cosquillas y manifiesta agrado cuando los movimientos y balanceos son acompañados con cantos.

4.5.1. Conclusión del desarrollo

Llegados a este punto del proceso se puede apreciar un importante desarrollo en las formas de relacionarse entre M y el musicoterapeuta, siendo cada vez menores los momentos de interrupción y/o agresividad y además de menor intensidad. Las formas de interacción entre M y su entorno también manifiestan un progreso en comparación con el principio del proceso terapéutico. M ahora se desplaza con mayor soltura y seguridad por la sala,

toma los instrumentos sin lanzarlos y en ocasiones los utiliza con intención musical.

4.6. Cierre

Esta etapa del proceso se realizó en las últimas 2 sesiones, el 3 y el 10 de diciembre del 2012. En ellas se buscó evocar, recapitular y sintetizar aquellos momentos más significativos vividos durante el proceso musicoterapéutico.

A pesar de los problemas de comprensión de M se le comunica con palabras simples que estas sesiones son las últimas y que se acerca el momento de despedirse sin que exista mayor reacción o respuesta de su parte.

La sesión 13 se inició con rondas que derivaron en balanceos y continuó con bailes acompañados por la guitarra. M jugo a subirse sobre las congas acostadas en el piso y fue seguido por el terapeuta subido a su vez en la otra conga. Se generan breves diálogos musicales antes de que M se ponga de pie e inste al musicoterapeuta a jugar nuevamente a la ronda y a que lo tome en brazos para balancearlo. Después M hace rodar una conga hasta cerca del

rincón de la sala y juega un rato a subirse sobre ella, intentando mantener el equilibrio. Luego se sienta, mete una pierna por la base de la conga y permanece apoyado sobre la misma mientras el musicoterapeuta improvisa melodías suaves y pausadas. M se ve cómodo y calmado y la sesión finaliza tranquilamente luego de la canción de despedida.

En la última sesión M se mostró particularmente contento y de buen ánimo. La mayor parte de la sesión estuvo buscando el contacto físico estirando los brazos y pidiendo ser levantado para balancearse y girar junto al terapeuta lo que le ocasiona mucha risa y alegría. A lo largo de la sesión se repiten estos momentos y se viven instantes de profunda conexión entre M y el musicoterapeuta en los que ambos ríen a causa de los juegos realizados. Luego M baila con entusiasmo desplazándose por la sala, dando vueltas con saltos y enérgicos pasos mientras el terapeuta toca la guitarra. Hacia el final de la sesión, luego de escuchar atentamente la canción de despedida, M se inquieta, golpea el espejo de la sala y se tira al suelo dando gritos sin querer ponerse de pie, viviéndose así el último episodio disruptivo del proceso terapéutico

4.7. Evaluación

Ante el posicionamiento de que cada persona es única y para no hacerme preconcepciones ni dejarme influir por el inevitable etiquetamiento que supone un diagnóstico, tomé la decisión de no consultar la ficha de M antes de conocerlo. Estaba al tanto de los aspectos más relevantes, M era un niño de 8 años de edad con S. de Down y su educadora lo definía como “inquieto y complicado”

El primer encuentro fue bastante sorprendente y un tanto chocante. M entró a la sala pateando los instrumentos y antes de que yo pudiera hacer nada ya había roto el chequeré. Eso fue suficiente para hacerme reconsiderar inmediatamente la opción de modificar ciertos elementos del encuadre, como los instrumentos que conformarían el setting y la flexibilidad en la duración de las sesiones.

Luego de esta primera sesión tuve una sensación de desconcierto. En alguna medida me sentía sobrepasado por la impulsividad y agresividad de M y con nerviosismo ante la incertidumbre de cómo orientar el proceso.

En las siguientes sesiones esta sensación fue disminuyendo a medida que conocía a M e iba interactuando con él desde la valoración de lo que fuera sucediendo. Así, desde esa aceptación pude construir las dinámicas que me permitieron conocer sus ME-R y generar el vínculo, a la vez que se iban desarrollando las reflexiones que me acercaran a la comprensión de sus necesidades y requerimientos.

Una dificultad experimentada en la etapa de valoración inicial fue la complejidad de dar orden a las sesiones sin llegar a establecer una estructura rígida que no estuviera en sintonía con los planteamientos de aceptar y valorar lo que fuera surgiendo de M momento a momento. En lo concreto este problema se manifestó, principalmente, en la ausencia de un cierre definido de las sesiones, generándome la sensación de que quedaban inconclusas. Esto se resolvió, a sugerencia de la supervisora de práctica, incluyendo una canción de despedida como componente estable de las sesiones de tal manera que se constituyera en un mínimo elemento estructurador.

La etapa de desarrollo del proceso musicoterapéutico puede comprenderse como la sucesión de tres instancias progresivas que manifiestan una evolución en la interacción entre M y el musicoterapeuta. Esta evolución se

manifestó en M en una transformación de sus conductas y actitudes, como resultado del cambio producido en su esfera emocional, a raíz de las emociones que fueron primando en su entorno y en sus interacciones en el espacio y contexto del proceso terapéutico.

Estas instancias se denominaron:

“Acercamiento”

En las sesiones 5, 6 y 7 se vivió un proceso de transición en el que había aún muchos momentos disruptivos y agresiones. Hay poca interacción y M continúa tirando los instrumentos. Cuando los toca es a partir de otra acción anterior, como cuando caminando agita nerviosamente los huevitos antes de lanzarlos. Los instrumentos suenan, pero no hay una mayor conciencia ni intención musical. Durante esta instancia se van desarrollando paulatinamente sus movimientos y desenvolvimiento espacial.

“Punto de inflexión”

En las sesiones 8 y 9 se viven los cambios más significativos del proceso musicoterapéutico. Surge la música, el baile y la risa. M por primera vez toma un instrumento y lo explora probando distintas intensidades y posibilidades

sonoras. Hasta antes de este momento los golpes a los instrumentos eran enérgicos, reiterativos y monótonos, muchas veces marcados por una fuerte agresividad. El baile aparece como resultado de los progresos en sus movimientos y da cuenta de un mayor y mejor dominio espacial. Por su parte la risa se manifiesta como resultado concreto y tangible de su bienestar en respuesta al juego y la interacción. En esta instancia, como consecuencia lógica de lo señalado anteriormente, hay menos momentos de disrupción y agresividad.

“Consolidación”

En las sesiones 10, 11 y 12 se intenta sostener, mantener y profundizar las interacciones saludables que se generan a partir de los instrumentos musicales, el movimiento y el juego. Hay pocas situaciones disruptivas y considerablemente menos intensas que las del inicio del proceso y casi no se manifiestan actitudes agresivas. A esta altura cuando M bota cosas o instrumentos ayuda a ordenar si se le insta a hacerlo.

De esta manera hacia el final del proceso pueden advertirse cambios concretos en M que se presentan como mejores formas de relacionarse e interactuar, con una mejor actitud y un comportamiento menos disruptivo y

agresivo, y con una mejor relación con su entorno, manifestada en el trato hacia los instrumentos musicales y el movimiento espacial, que fue tendiendo hacia la libertad y la expresividad.

Hacia el cierre del proceso ya se puede apreciar una preponderancia de formas sanas de relacionarse. En estas últimas sesiones se viven momentos emotivos de cercanía y conexión a través del juego y la interacción y aunque en el último momento de la última sesión se viva un momento disruptivo, este pasa a constituir una excepción, un momento aislado que ya no es vivido desde la normalidad, como forma habitual de relación e interacción.

Durante el proceso musicoterapéutico las principales dificultades tuvieron relación con la necesidad de poner límites a las conductas agresivas de M sin descuidar la aceptación incondicional, buscando un equilibrio que permitiera la contención, pero estableciendo límites claros que no dejaran espacio a las agresiones.

Esto supuso una atención especial de mi parte, un estado de alerta que me permitiera anticipar para intentar prevenir al máximo los episodios

disruptivos y, por otra parte, el desarrollo de una paciencia que sustentara la aceptación incondicional y que hiciera posible no descuidar la disposición de amor ante las agresiones. Por lo demás cualquier reacción represiva o castigadora llevaría implícita la no aceptación de M y hubiera supuesto una pérdida del eje del amor, yendo en perjuicio de los objetivos propuestos.

Considero como mis principales fortalezas y aciertos la flexibilidad ante las condiciones del proceso musicoterapéutico y la capacidad de aceptación incondicional. La flexibilidad se manifestó en aspectos tales como la consideración de las sugerencias realizadas, la integración de la canción de despedida o la incorporación al setting de las congas y bongós, y el desarrollo de la aceptación incondicional se manifestó como el resultado de progresar en la atención y la paciencia, que me permitieron aceptar las conductas de M sin castigar ni reprimir, pero además, estableciendo límites claros que favorecieran formas saludables de relacionarse. De esta manera se entiende la aceptación incondicional no como un “dejar hacer” sino como la valoración de lo positivo en el presente sin centrarse en lo negativo ya pasado, es decir, no aplicando castigos, limitaciones espaciales o aislamiento emocional, sino que instando a acciones reparadoras ante las conductas disruptivas en el momento mismo en que se producen.

Las principales debilidades y desaciertos tienen relación con no haber experimentado e incorporado más elementos al desarrollo de las sesiones en beneficio del precario equilibrio que se iba logrando y como consecuencia de no haber realizado un análisis más exhaustivo de los registros audiovisuales, ni haber sistematizado de mejor manera la información de lo que iba sucediendo en las sesiones.

Es importante señalar que debido a la naturaleza y duración de la intervención se decidió establecer objetivos acotados, a fin de que pudieran ser llevados a cabo, y por lo tanto, los alcances del proceso se limitan al espacio mismo de las sesiones y lo que allí se pudiera generar en función del bienestar de M.

Dada la condición eminentemente cualitativa de los objetivos propuestos no se definieron indicadores de logros ni criterios cuantitativos de evaluación, sino que se optó por considerar el proceso musicoterapéutico en su totalidad. De esta manera puede apreciarse a lo largo de las sesiones una evolución en las formas de interacción de M con los instrumentos musicales, con su entorno espacial y con el terapeuta, prevaleciendo en M hacia el final del proceso, formas más saludables de relacionarse y una disminución paulatina y

considerable de los episodios disruptivos/agresivos, que fueron reduciéndose hasta volverse menos habituales y menos intensos cada vez.

Hacia el final del proceso musicoterapéutico M ha manifestado conductas positivas que dan cuenta del logro de los objetivos planteados. Entre ellas se pueden señalar: que se desplaza por la sala con más soltura, seguridad y autonomía, que toca los instrumentos musicales y los manipula sin lanzarlos, que ya no prevalecen los golpes como forma de relacionarse, que participa alegre y activamente del juego y que se ríe y disfruta con la interacción.

V. Conclusiones

La realización de este trabajo ha significado un aprendizaje tremendamente valioso, significativo e importante, tan grande como el que significó haber llevado a cabo el proceso musicoterapéutico que le dio origen.

Considero que fue un proceso terapéutico que tendió al bienestar de M, lo que da cuenta del cumplimiento de los objetivos planteados. Para que lo logrado pudiera sostenerse en el tiempo y pudiera extenderse a otros ámbitos más allá del proceso terapéutico propiamente tal, como por ejemplo el hogar o la sala de clases, sería indispensable la participación activa y consiente de aquellos implicados en esos ámbitos, es decir, familiares y educadoras.

Después de esta experiencia puedo decir con propiedad que las personas con S. de Down no son encasillables en el estereotipo que las representa como tiernas y amigables.

Una persona con S. de Down, así como cualquier otra, es una persona única, con sus características propias y un universo de particularidades que

conforman su temperamento, carácter y personalidad. Por lo mismo, también tienen necesidades únicas y particulares, que van más allá de las puramente educativas. Como todas y todos tienen la necesidad de afecto y amor para lograr un desarrollo óptimo e integral de todo su potencial.

Desde esta perspectiva la educación especial queda en deuda, por enfocarse principalmente en lo relacionado con las necesidades académicas, descuidando otros ámbitos de formación, y se manifiesta como profundamente no inclusiva al poner el énfasis en la enfermedad y partir desde la base de la segregación.

La inclusión educativa es posible en la medida que se sustente sobre la base del amor y requiere y depende, necesariamente, de un trabajo personalizado y multidisciplinario que considere al otro desde una mirada integral como un ser biopsicosocioespiritual con necesidades únicas, propias y particulares.

Desde esta experiencia realizada puedo concluir que el proceso musicoterapéutico llevado a cabo logró consolidarse como una vivencia

profundamente inclusiva, en la que el amor fue el eje central. El amor se constituyó como la base que sustentó la relación terapéutica y que junto con el juego, como forma predominante de interacción que puede ser vivida únicamente desde el amor, permitieron el surgimiento de los cambios que se produjeron en M.

VI. Bibliografía

- Aigen K. Traducido por Hugo M. Being in music – Foundations of Nordoff – Robbins Music Therapy” volumen 1, MMB Music. 1993.
- Chile. Ministerio de Planificación. 2010. Ley 20422: Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Febrero 2010.
- DEL BARRIO J. “Síndromes y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones”. Colección FEAPS, Madrid. 2006.
- Maturana H. y Verden-Zöllner G. Amor y juego. Fundamentos olvidados de lo humano. Stgo., Experiencia Humana. 1993.
- Ministerio de Educación, División de Educación General, Unidad de Educación Especial. Política Nacional de Educación Especial. Nuestro compromiso con la diversidad. Ministerio de Educación, Santiago. 2005.
- SHAPIRA, D., FERRARI, K., SÁNCHEZ, V., HUGO, M. Musicoterapia Abordaje Plurimodal. ADIM Ediciones. 2007.
- Unesco. Conjunto de materiales para la formación de profesores. Las necesidades especiales en el aula. Unesco, París. 1993.

- Zaballa S. "Tolerancia y No-Discriminación en Escuelas inclusivas" Tesis final de la Licenciatura en Gestión Educativa. Bahía Blanca. Bs. As. Argentina, Universidad CAECE. 2008.