

UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Artes
Escuela de Post Grado

Musicoterapia En Niños Con Síndrome De Down: La Importancia Del Vínculo En La Creatividad Y Desarrollo Emocional.

Monografía para optar al Título de Musicoterapeuta

Elisa Lagos Neumann

Prof. Guía: Patricia Ubilla Carvajal

Santiago de Chile 2004.

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN . | 1 |
| INTRODUCCION . | 3 |
| MARCO TEORICO . . | 5 |
| 1.- SÍNDROME DE DOWN: CARACTERIZACIÓN Y PROBLEMATIZACIÓN . | 5 |
| 1.1.- Incidencia del Desarrollo Afectivo en el Desarrollo Cognitivo en Niños que Presentan el Síndrome. . | 5 |
| 1.2.- ¿Déficit o Diferencia? . | 6 |
| 2.- CONSTITUCION DE LA SUBJETIVIDAD Y APRENDIZAJE . . | 7 |
| 2.1.- La Constitución del Sujeto Psíquico y la Trama Intersubjetiva . | 7 |
| 2.2.- La Teoría Vincular y el Aprendizaje . . | 8 |
| 3.- MUSICOTERAPIA: CONCEPTUALIZACIÓN E IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO . | 9 |
| 3.1.- Musicoterapia y Desarrollo del Sí Mismo . | 9 |
| 3.2.- Musicoterapia en el Paciente con Síndrome de Down . . | 12 |
| METODOLOGIA DE INTERVENCIÓN . | 15 |
| 1.- ENFOQUE DE INTERVENCIÓN . . | 15 |
| 2.- DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS . | 16 |
| 3.- METODOS Y TECNICAS DE MUSICOTERAPIA . . | 19 |
| 4.- OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN . | 19 |
| 4.1.- Objetivo General . | 20 |
| 4.2.- Objetivos Específicos. . | 20 |
| 5.- DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA . . | 20 |
| 5.1.- Técnicas Empleadas . . | 20 |
| 5.2.- Estructura de las Sesiones . . | 21 |
| 5.3.- Desarrollo del proceso grupal . | 22 |
| CONCLUSIONES . . | 23 |
| BIBLIOGRAFIA . | 25 |
| ANEXOS. . | 27 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| ANEXO N°1: Registro de Práctica . | 27 |
| ANEXO N 2: Encuesta a la madre: . . | 28 |
| ANEXO N° 3. Canciones: . | 29 |

RESUMEN

La presente monografía describe una intervención de musicoterapia creativa, basada en el método de Graham y Word. Se trabajó con seis niños afectados por el Síndrome de Down, cuyas edades cronológicas fluctuaban entre los 4 a los 7 años de edad. Su desarrollo socio emocional según el Test de Vineland variaba entre los 1, 6 a 2,4 años.

El enfoque de tratamiento estuvo basado en una concepción que reconoce las capacidades y potencialidades presentes en todo ser humano, y por tanto se trabaja con los núcleos de salud. Se busca a través de la expresión y creatividad musical, configurar un espacio de realización y desarrollo; y favorecer una imagen positiva de sí mismo. Esto permite el desarrollo de las capacidades intelectuales, y lógicas estructurantes del discurso, que son devueltas y reflejadas por el terapeuta, permitiendo la recuperación de la salud y el bienestar

La intervención tenía como objetivo, desarrollar la creatividad y expresión artística musical, permitiendo el despliegue de capacidades de comunicación y la creación de un vínculo grupal; tanto entre los niños, como de los niños con las terapeutas. Se trata de crear un espacio de seguridad afectiva que permite la expresión libre del sí mismo y el crecimiento social, afectivo y cognitivo de los niños

Se obtuvieron avances importantes: el reconocimiento de sí mismo y de su relación con el otro al interior del grupo, el desarrollo de capacidades creativas, de comunicación, expresión emocional y artística, rompiendo con la estereotipia y la imitación. Se abrieron canales importantes de comunicación y desarrollo emocional. Sin embargo, por la gravedad de los casos se hubiese requerido una intervención más prolongada en el tiempo, y una mejor coordinación con los otros profesionales que interviene en los casos.

INTRODUCCION

La presente monografía da cuenta de la intervención musicoterapéutica con un grupo de niños portadores del Síndrome de Down, cuyas edades cronológicas varían entre los cuatro y los siete años de edad. Su desarrollo según el test de Vineland, fluctuaba entre los 1,6 a 2,4 años. Este grupo tenía un escaso nivel de comunicación y lenguaje, el trabajo que desarrollaba era en torno a la imitación más que a la expresión; sin embargo poseía grandes capacidades y motivación en torno al quehacer musical.

La intervención se realizó durante los meses de marzo y agosto del año 2002, con una frecuencia de una intervención semanal. Al término de las sesiones se lograron avances en el reconocimiento del si mismo y de los otros. Los niños reconocían sus nombres, es decir se reconocían como sujetos diferenciados, y al mismo tiempo lograban identificar a sus compañeros. El desarrollo de las capacidades de expresión y creación musical, implicó también un desarrollo importante de la autoestima, de las capacidades sociales y comunicativas. Todo lo cual crea un terreno propicio para el desarrollo del lenguaje, de las capacidades cognitivas y por tanto del aprendizaje.

Es decir, el uso de la musicoterapia aparece como un recurso importante para el trabajo con niños con Síndrome de Down, al usar formas preverbales de comunicación y trabajar con sus recursos más que con su déficits, lo que permite superar la estigmatización y devaluación social que afecta a estos niños.

Para la intervención se emplearon los principios más importantes de la musicoterapia que aluden al uso de claves comunicativas preverbales que permiten la expresión simbólica de los afectos a través del lenguaje musical, lo que permite sortear la censura y

facilita la expresión catártica. Siguiendo, los principios de la musicoterapia se busca favorecer la integración y articulación del mundo vital, afectivo y cognitivo de la persona, colocando el foco de la intervención en las capacidades más que en las deficiencias.

A su vez también fue importante la noción del niño portador de Síndrome de Down como la de un niño que presenta una desviación y no un déficit, esto favorece el que se preste atención no sólo a sus dificultades, sino que también se tome en consideración sus capacidades y potencialidades. Además, se le otorgó especial preocupación al desarrollo de un vínculo afectivo y de un espacio grupal que permitiera una libre expresión del si mismo y el fortalecimiento de la autoestima.

MARCO TEORICO

1.- SÍNDROME DE DOWN: CARACTERIZACIÓN Y PROBLEMATIZACIÓN

1.1.- Incidencia del Desarrollo Afectivo en el Desarrollo Cognitivo en Niños que Presentan el Síndrome.

El síndrome de Down fue descrito por primera vez en 1866, por John Langdon Down; quien describió a un grupo de pacientes, que presentaban características físicas peculiares y retardo mental. Su primera denominación, hoy considerada incorrecta, mongólico, daba cuenta de su apariencia peculiar.

El síndrome de Down, se origina por una alteración en el cromosoma 21. Las personas que presentan esta alteración se caracterizan por presentar características faciales y físicas distintivas; ojos sesgados, boca pequeña, el tamaño de su lengua es mayor y tienden a ser obesos. Se asocia también a anomalías congénitas del corazón y del aparato digestivo; conlleva un mayor riesgo de leucemia, defectos en el sistema inmunológico y enfermedad de Alzheimer. Su prevalencia aproximada es de 1 por 1000 recién nacidos (Epstein, 1991)

Las personas que presentan este síndrome se caracterizan también por presentar grados variables de desarrollo mental que varían desde la condición leve, moderada a grave. Se supone que el retraso intelectual está asociado a diversas alteraciones anatomofisiológicas a nivel de la corteza cerebral. Sin embargo, hasta la fecha no existen pruebas concluyentes que expliquen la amplia variabilidad en el desarrollo intelectual, ni de las estructuras neurológicas específicas implicadas en el retraso.

El desarrollo intelectual comprende una serie de capacidades mentales para hablar, pensar, recordar y razonar, que sustentan la conducta inteligente. Estas capacidades se hallan presentes en el niño con síndrome de Down, sólo que progresan más lentamente. A su vez, se ha mencionado que su evolución está mediada por el desarrollo del lenguaje, área en que estos niños presentan especial dificultad, aún cuando las habilidades sociales y comunicativas se encuentran presentes.

Las pocas evidencias empíricas disponibles muestran que el desarrollo del lenguaje en el síndrome de Down sigue las mismas secuencias y comprende las mismas estructuras mentales específicas que en las personas no retrasadas. La diferencia estriba en que el desarrollo del lenguaje es más lento en estos niños y a menudo queda incompleto (Cicchetti y Beeghly, 1990).

Las diferencias inter individuales en el desarrollo del lenguaje entre las personas con síndrome de Down son amplias y diversas. A su vez, no se puede predecir al inicio del desarrollo cuál es el nivel que alcanzará finalmente la persona. Las investigaciones realizadas, han podido constatar que las diferencias observadas están asociadas al grado de estimulación temprana; y a la calidad de la relación padre- hijo. (Rondal, J., Perera, J., Nadell, L. 2000)

De allí la importancia de brindar una amplia gama de oportunidades y situaciones de estimulación lingüística, que aseguren el más óptimo desarrollo de sus potencialidades a lo largo de su crecimiento.

1.2.- ¿Déficit o Diferencia?

Se podría postular que la amplia variabilidad en el desarrollo en los niños que presentan síndrome de Down dice relación con las respuestas del medio social a sus características físicas particulares y a las peculiaridades en su desarrollo.

Se ha planteado que la discapacidad es una limitación funcional, en cualquier área del funcionamiento humano, que queda sancionada como una desviación de escaso valor. Son significaciones sociales las que hacen que diferencias minoritarias queden sancionadas como déficits. No hay existencia humana sin limitaciones, pero sólo algunas de ellas quedan sancionadas como desventajas sociales o discapacidades.

La atribución de minusvalía a un sector minoritario que presenta una limitación funcional es un ejercicio de poder, por el cual la limitación pasa a ser la esencia de la persona, y de este modo se sostiene una modalidad de tratamiento basada en la asistencia y acciones que corrigen o remedian el déficit. La ayuda queda desde inicio prefigurada en un patrón relacional en el cual uno da porque tiene, y el otro recibe porque le falta. Cuando se interviene en éstas poblaciones se lo hace bajo el supuesto de que

hay que compensar, reemplazar lo que le falta. Y esto anula al sujeto que queda con una autoimagen empobrecida, a la vez que se estimula la sumisión y la dependencia. (González, D, 2001)

Por el contrario, si la modalidad de tratamiento se basa en el reconocimiento de la diferencia y se procura brindar apoyos que les permitan a las personas desarrollar sus potencialidades, a menudo tienen logros importantes en estas áreas, y un mayor grado de equilibrio y satisfacción. Esto pasa por reconocer y tener en consideración sus capacidades y no sólo la falta; se deja de pensar en alguien que será un discapacitado de por vida y se pasa a considerar que esa persona necesita alguna ayuda en algunas áreas; lo que permite un mejor y más armónico desarrollo.

2.- CONSTITUCION DE LA SUBJETIVIDAD Y APRENDIZAJE

2.1.- La Constitución del Sujeto Psíquico y la Trama Intersubjetiva

Bleichmar, H. (1984) ha señalado que el infans deviene sujeto en el interjuego relacional con sus padres. Los dos términos de la díada madre/hijo se configuran mutuamente. La madre se construye en tanto tal en su relación con su hijo, pero al mismo tiempo traza a su hijo con su propio deseo.

En este proceso los padres aportan no sólo imágenes, deseos y soportes identificatorios, sino también transfieren modos de operar y pensar la realidad. El hijo se identifica con estos deseos e imágenes, por cuánto la madre es un objeto del cual depende el niño para su sobrevivencia física y psicológica.

Dado que éste proceso es una interrelación, en que la madre se construye en tanto tal, en su relación con el hijo, va a ser importante cómo ésta signifique a su hijo. Para toda madre ciertas cualidades del niño son importantes y producen cierta ilusión de perfección y completud, que se revierten sobre su propio narcisismo, y es con esta imagen con la cual el niño se identifica. ¿Pero qué ocurre cuando este niño tiene una diferencia que está asociado con un déficit? O más precisamente, ¿cuándo se es madre de un hijo con síndrome de Down?

Bleichmar, H. (1984) señala que el niño por su dependencia afectiva se identifica con las imágenes, mensajes y significaciones que la madre porta. Y en el caso de que la madre no pueda imaginar una relación dual perfecta, cuando su narcisismo queda herido por la "falla" del niño, éste termina identificándose con una imagen devaluada y depreciada, que es el mensaje identificatorio que la madre le transmite. Y esto tendrá repercusiones en su desarrollo, porque el niño pasa a ser un objeto de no deseo, y por tanto no tiene deseo con el cual identificarse.

Lecturas más recientes del psicoanálisis ha mostrado que el deseo, el gran

motivador interno del sujeto, el que lo hace crecer, desarrollarse y vincularse con el medio, no está dado biológicamente, sino que se constituye en el marco de las primeras relaciones que establece la persona desde su nacimiento. El infante se convierte en sujeto en la medida que es objeto de deseo de la madre, deseo con el cual el infans se identifica y que le permite devenir sujeto. (Bleichmar, S., 2000)

2.2.- La Teoría Vincular y el Aprendizaje

Por lo general, desde la psicología las capacidades de aprendizaje se han circunscrito a la evolución de las habilidades cognitivas. Y desde esta perspectiva se señala que existirían sujetos más aptos que otros para el aprendizaje. Sin embargo, existe un alto grado de incertidumbre al momento de precisar o distinguir qué hace a un sujeto más inteligente que otro. Reducir el tema del aprendizaje a problemas cognitivos suele ser a menudo una tautología que impide responder a la interrogante acerca de cómo se aprende y qué es el pensar.

Desde una perspectiva freudiana, es posible observar que la adquisición de la capacidad de pensar, o el “predominio de los procesos secundarios”, dice relación con la inscripción en el psiquismo de experiencias de frustración y satisfacción en el vínculo madre hijo, que establecerán una diferencia entre el adentro y el afuera, entre fantasía y realidad. Esto permitirá que el infante busque en la realidad aquellas experiencias asociadas a la satisfacción del deseo; permitiendo el desarrollo del yo y sus funciones de evaluación, planeamiento y afrontamiento de la realidad. (Freud, S. 1901)

“El pensar como un todo no es más que un rodeo desde el recuerdo de satisfacción, que se toma como una representación-meta, hasta la investidura idéntica de ese mismo recuerdo, que debe ser alcanzada de nuevo por vías motrices” (Freud, S, 1901, pg 591)

Es decir el aprendizaje y el pensar están asociados a la búsqueda en la realidad de las situaciones que permiten al sujeto satisfacer sus necesidades; en las cuáles son importante los adultos que lo rodean, en tanto de ellos son los mediadores de las gratificaciones que puede recibir.

Es en esta estructura vincular que el niño recibe mensajes y señales que le hablan del mundo, pero también de sí mismo. En este sentido las representaciones que el niño tiene de sí y de los otros, las va tomando de las representaciones que los otros tienen de él. Y esto influye en su desarrollo psíquico y corporal.

Pichón Riviére, (1985) ha hecho importantes aportaciones a la comprensión de los problemas de aprendizaje, estableciendo una articulación directa entre el aprender y la normalidad. Los conflictos y problemas que se enfrentan en el proceso de crecimiento, requieren que el sujeto pueda operar en la realidad, y esto produce cambios no sólo en la realidad, sino también en su aparato psíquico que se enriquece y queda mejor instrumentado, para resolver nuevas dificultades. De lo contrario el comportamiento se estereotipa, el cambio es cada vez más difícil y el sujeto no puede operar.

A su vez, señaló también que estos procesos no son solamente cognitivos, involucran también procesos afectivos. Toda situación desconocida activa las ansiedades más primitivas ligadas al desarrollo del yo, y puede ser resueltas y

elaboradas en función de los aprendizajes y vivencias experimentadas en estas etapas del desarrollo. Por tanto, el problema del aprendizaje no puede ser reducido a la adquisición de destrezas psicomotoras y cognitivas, está siempre mediado y condicionado por la flexibilidad y desarrollo emocional.

La posibilidad de resolución inteligente que los problemas de la realidad impone en las distintas etapas del desarrollo, acrecientan la autoestima del sujeto, no sólo por los logros que implican, sino por el reconocimiento de los otros. Las inhibiciones del aprendizaje, en muchas ocasiones están relacionadas con una imagen devaluada de sí mismo, con la internalización de mensajes desde los otros significativos de que no sé es capaz, que no se puede o no se tiene valor como sujeto. Al mismo tiempo, el retraso del niño representa para los padres una herida narcisística, con las que los padres no pueden identificarse, y que contribuye a que el niño se transforme en el depositario de lo devaluado y negado en el sí mismo de los padres. (Jaitin, R.1998)

En términos de depositación, el paciente “tarado”, se hace cargo de la parte “tarada” de cada uno de los integrantes del grupo familiar quienes la depositan masivamente en él. (Manonni, M.1996)

El aprender implica el reconocimiento de sí mismo como diferenciado de los otros, además este proceso es siempre grupal y colectivo. Esto permite no sólo reconocer el afuera, discriminarse del mundo externo, sino también la posibilidad de identificación con los contextos como propios, de los cuáles el sujeto forma parte. Por tanto, desde esta mirada el proceso de aprendizaje es necesariamente vincular. El aprendizaje no sólo puede ser concebido en términos de proveer estímulos o construir situaciones de aprendizaje, tal concepción sólo favorece situaciones que promueven la imitación y no enriquecen la constitución del yo. Por el contrario, el aprendizaje significativo pasa por la identificación e internalización de situaciones problemas y su resolución que enriquecen y acrecientan las funciones yoicas.

“Las estructuras vinculares internalizadas articuladamente en el mundo interno condicionarán las características del aprendizaje de la realidad que se verán facilitadas u obstaculizadas según el tipo de confrontación entre lo intra subjetivo y lo intersubjetivo sea dilemático o dialéctico” (Pichón Riviere, E., 1985, pg, 48)

3.- MUSICOTERAPIA: CONCEPTUALIZACIÓN E IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO

3.1.- Musicoterapia y Desarrollo del Sí Mismo

Lo propio del ser humano es la búsqueda estética, esto dice relación con una dimensión subjetiva, espiritual y trascendente del ser humano. El arte le permite al sujeto y la comunidad ligar, articular y tratar con aspectos desconocidos, inciertos y problemáticos

de sí mismo y de la cultura.

Es en este sentido, que la musicoterapia debe ser entendida como una forma válida de intervención psicoterapéutica, pues es una forma de tratamiento que interviene a nivel de proceso primario, permitiendo la simbolización de los aspectos inconscientes. Por tanto, sortea las dificultades de la censura y represión que operan a nivel del proceso secundario. Esto permite elaborar e integrar de modo libre y creativo, lo que de otro modo permanecería negado y reprimido. A través del arte podemos sublimar de manera imaginaria los deseos conscientes e inconscientes, integrarlos y reelaborarlos, produciendo cambios profundos y duraderos de la personalidad (Poch Blasco, S., 1999)

El proceso artístico guarda similitud con el proceso onírico, posibilita el desplazamiento y la condensación, la creación incesante de figuras e imágenes, que permite la expresión e integración de aspectos inconscientes. En el arte al igual que en el sueño, en una misma imagen o melodía se desplazan diversas realidades dando origen a símbolos estéticos que condensan nuestros sentimientos y vivencias personales. Por tanto, posee una función catártica, permitiendo la expresión de afectos y sentimientos reprimidos, a la vez que su comunicación y socialización con otros.

Además, el arte es una forma de lenguaje en la que predomina lo emocional por sobre lo intelectual. Por lo tanto, es un modo de comunicación ideal en los casos de ausencia de expresión verbal, ya que facilita la expresión de los afectos por vías pre-verbales, facilitando la exploración del sí mismo por medio del acto creativo.

Una de las características del ser humano es la capacidad de desarrollar emociones y sentimientos los cuales buscan canales de expresión, esta capacidad expresiva es la que lo hará progresar hacia el lenguaje articulado y el pensamiento

abstracto. Sin embargo la expresión de emociones y sentimientos son difíciles de desarrollar en la ausencia de óptimos estímulos sensoriales y afectivos; o cuando el contexto es percibido como amenazante.

Al respecto, Benenson, R. (1981), ha señalado que la musicoterapia puede ser entendida como objeto intermediario, al facilitar y favorecer la comunicación entre el paciente y el terapeuta, pues evita las reacciones de ansiedad y alarma asociados al temor de ser invadido o penetrado por la comunicación verbal del otro. Además, señala que tiene ventajas por sobre otros objetos intermediarios, ya que el tipo de instrumento utilizado, la sonoridad, el tempo y la melodía empleadas darán cuenta de aspectos profundos del sujeto, no observable por otros medios.

Es en este sentido que la música puede jugar un importante papel, es uno de los medio de expresión artística más antiguos de la humanidad, y se encuentra presente en todas las culturas conocidas. Así lo prueban los estudios de Merriam (1964), quien señala que, “no hay otra actividad cultural humana que sea tan penetrante como la música, la cual llega, moldea y a menudo controla muchas de las conductas humanas” (citado en Betés de Toro, 2000. Pág.288).

Al parecer, la música cumple una importante función en la existencia humana, a pesar de no tener un valor inmediato de sobrevivencia, forma parte importante en su vida diaria. La música tiene diferentes funciones, con importantes implicaciones para la

práctica de la musicoterapia. Algunas de estas funciones son la comunicación, la expresión emocional, la representación simbólica, el placer estético, el entretenimiento, y la contribución a la continuidad, integración y estabilidad de una cultura.

Es evidente que la música está en todas partes, y que el ser humano se encuentra sumergido en ella tanto de manera voluntaria como involuntaria, hay pues una gran cantidad de música en el mundo ejerciendo una impactante influencia en la vida del ser humano. Todas las personas poseen una cierta musicalidad, ya que cada individuo responde de alguna manera a la música que le envuelve.

El ejercicio de la creatividad, la creación, están al alcance de todos los individuos, las experiencias musicales no dependen necesariamente de la calidad de la música ni del nivel de ejecución; sino más bien de la posibilidad de expresión de las fantasías y asociaciones que están presentes en la persona. Esto puede ser develado a través de la creación musical del sujeto, y de la capacidad del terapeuta de escuchar esta particular organización subjetiva por medio de la experiencia.

Por tanto, el uso de la música dentro del proceso educativo y terapéutico puede cumplir un importante papel. Es una herramienta que posibilita a través del acto creativo integrar y globalizar el mundo vital, emocional y mental de la persona.

La musicoterapia ha sido definida por la National Association for Music Therapy, como “el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Es también la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir a fin de que pueda comprenderse mejor a sí misma y a su mundo para poder ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad”. (citado en Betés de Toro, M. 2000, pg 289)

La musicoterapia es una disciplina que utiliza el sonido, la música y el movimiento, para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación. Actúa fundamentalmente como técnica psicológica sobre los problemas emocionales y como coadyuvante de otras técnicas terapéuticas donde la musicoterapia abrirá los canales de comunicación para que estas puedan actuar eficazmente. Su significado más profundo es actuar a través de los contenidos emocionales, lo que realmente cura es la emoción que sugieres y evoca la obra de arte.

La musicoterapia, por moverse en un contexto no-verbal, permite la introducción de mensajes que parecerían difíciles o complicados, y sin embargo, son fácilmente captados; apela a ese tipo de comunicación pre-verbal que se da por vez primera en la relación madre-hijo. Desde este punto de vista es necesario establecer un vínculo con los pacientes para así poder abrir los canales de comunicación.

Desde un punto de vista psicológico, se puede destacar la evidencia de la música como catarsis de emociones no expresadas verbalmente y como una influencia que puede producir cambios en la personalidad. Una de las más probables teorías sobre la influencia de la música en el comportamiento del ser humano podría ser una análoga a la teoría del humor de Freud, en la que los mecanismos de la melodía y el ritmo actúan como un pre-placer para sortear los mecanismos de defensa, por lo que las tendencias

emocionales reprimidas se expresan en este caso en forma de fantasía. Que la música actúa como un elemento de distracción de la potencial acción consciente sobre los centros nerviosos es indicado por el uso efectivo de la música por Cherry y Pallin (1948) en la anestesia. Si la catarsis del inconsciente puede ser continuamente conseguida con música apropiada, presumiblemente podrían aparecer algunos efectos permanentes sobre la personalidad.

3.2.- Musicoterapia en el Paciente con Síndrome de Down

Los cinco primeros años de vida de un niño son un período de cambios espectaculares en lo que se refiere a su crecimiento y el desarrollo. En un comienzo el bebé depende totalmente de un cuidador en cuanto a protección, alimento, sostén contra la gravedad y el movimiento por todo el entorno. Sin embargo dentro de unos pocos años, la mayoría de los niños es del todo físicamente independiente y capaz de controlar su equilibrio, realizar muchas y variadas actividades que requieren un alto grado de dominio y percepción.

En el caso de los pacientes con Síndrome de Down surgen múltiples interrogantes con respecto a su desarrollo y a la manera en que lo irá obteniendo. Por otro lado aparece la dificultad de la madre (principal “cuidador”) para ayudar a que se lleve a cabo este proceso, sobre todo por la disposición psicológica que esta adopta al ser informada del “problema” de su hijo. Sería imposible detallar todas las posibles reacciones de los padres al ser notificados de la enfermedad del hijo, pero son habituales la decepción y la culpa, además de la completa ignorancia en la que se encuentran con respecto al síndrome. La frustración y el no saber qué hacer empañan, por decirlo de algún modo la generación de éste primer vínculo tan importante para el desarrollo del niño.

Winnicott, R. (1971) ha señalado que el vínculo madre/hijo es fundamental en el desarrollo del sí mismo del niño, quien expresa de modo no verbal sus necesidades y necesitará de una “madre suficientemente buena” capaz de captar y dar respuesta a las necesidades emocionales del niño. Al inicio del desarrollo las necesidades del bebé son primarias y dicen relación con modalidades de relación corporal, difícilmente traducibles al mundo del lenguaje y sin acceso a la conciencia. Son las reiteradas experiencias de encuentro y satisfacción la que van creando un mundo interno simbolizable

Es aquí donde la labor de la musicoterapia puede ser de gran ayuda, pues provee de una apertura expresiva sin pautas ni pre interpretaciones, con un terapeuta que se relaciona con el niño con una distancia corporal mínima, configurando una situación estructurante, a través de la música en dirección a la salud. La habilidad del musicoterapeuta consistirá en significar el proceso musical desarrollado por el niño, en que lo anterior se relaciona con la fantasía de lo posterior. Es decir, emplea la creación musical como canal expresivo de las emociones y fantasías que permiten explorar los modos de expresión y comunicación, de forma personal e íntima. La respuesta del terapeuta permitirá su ampliación, crecimiento y desarrollo, potenciando las capacidades estructurantes del propio sujeto.

“Así, en la génesis el acto motor, el niño va creando modelos de expresión en la

medida que va estabilizando permanencias en los modos de acción con los objetos. Estos modos de acción, se van estableciendo como modelos estructurales sobre los cuales se vivencia la relación con el afuera” (Gauna, G., 1996, pg 33)

Es decir, la musicoterapia actuará sobre los núcleos sanos del niño, a la vez que permite a través de la relación y creación artística reeditar la relación primera del niño con su madre, cumpliendo el terapeuta la función de “holding” que permite el desarrollo del self y nuevas formas de relación con el entorno.

Se les brinda a niños, con un deficiente desarrollo del lenguaje procesos de objetivación, que le permiten escucharse a sí mismo, captarse desde fuera, y ajustar una expresión que le permita verse reflejado. Y esta expresión es posible en la medida en que encuentra otro que es capaz de afectarse, dejarse impactar por la expresión musical.

En este proceso se despliegan actitudes que involucran esfuerzo intelectual y lógicas estructurantes de un discurso, que son devueltas y reflejadas, y permiten la recuperación de la salud y el bienestar.

La musicoterapia proveerá al niño de un espacio en el que pueda desarrollar actividades desde sus capacidades, en un encuadre que se centra más en éstas más que en sus deficiencias. Actúa sobre los núcleos de salud, permite superar el estigma que conlleva ser portador del Síndrome de Down, crea condiciones para que el niño pueda ir superando las diversas dificultades que se le presentan, y desarrolle sus potencialidades. La experiencia de creación artística, y el contar con un otro que sostiene y se comunica de modo preverbal a través de la música, permite la codificación de nuevos mensajes que devuelven una imagen apreciada y valorada, superando la ansiedad y la devaluación que interfieren con el desarrollo, el crecimiento y el aprendizaje. Intervención que optimizará los tratamientos de otros especialistas como fonoaudiólogos, kinesiólogos, educadores, etc.

Además, al trabajar con la capacidad de goce estético y expresión musical, presente en todo ser humano, se abren extraordinarias posibilidades para el paciente con Síndrome de Down. Por una parte, podrá desplegar sus potencialidades y núcleos sanos, permite tramitar de forma pre verbal los mensajes devaluados del entorno social, abre oportunidades de expresión emocional, lo que favorece el desarrollo de las habilidades comunicativas y por tanto, del lenguaje y del pensamiento abstracto.

En síntesis, el uso de la musicoterapia enriquece, articula e integra el mundo subjetivo y emocional de niño con Síndrome de Down, permitiendo resolver las ansiedades que dificultan su aprendizaje.

“...La musicoterapia, ...abre los espacios para que surjan aquellos sonidos faltantes en la historia del paciente, aquellos sonidos que él, aunque sea inconscientemente, necesita escuchar. Así interpretamos a la musicoterapia, como un proceso de redescubrimiento y afianzamiento de los núcleos de salud.” (Gauna, G., 1996, pg 39)

METODOLOGIA DE INTERVENCIÓN

1.- ENFOQUE DE INTERVENCIÓN

En la presente intervención se empleó la musicoterapia con el doble propósito de estimular la expresión emocional de los niños, y desarrollar un vínculo afectivo que les devolviera una imagen positiva de sí mismo. Se buscaba el desarrollo de sus capacidades expresivas y artísticas a través del uso de instrumentos y melodías, estimulando el desarrollo de sus capacidades y potencialidades.

Es decir se estuvo centrado en las áreas sanas del sujeto, evitando la visión remedial y de déficit. Había que despojarse de los conocimientos del cociente intelectual y edad social, enfrentándose a cada miembro del grupo, como un ser humano susceptible de crear y expresarse artísticamente.

Los niños que presentan el Síndrome de Down poseen una personalidad única, un desarrollo socio afectivo particular y capacidades propias Sin embargo, no es posible obviar que ciertos rasgos del Síndrome influyen de un modo adverso en su desarrollo.

Por tanto, nuestra intervención se enfocó tanto al descubrimiento y desarrollo de ésta personalidad, como al apoyo en la superación de los problemas motores. Se tuvo en cuenta una concepción global del ser humano en donde la creatividad y el aspecto lúdico son de suma importancia para su enriquecimiento y despliegue de sus capacidades y

potencialidades.

2.- DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

La intervención musicoterapéutica fue llevada a cabo por dos alumnas del Programa de Musicoterapia de la Universidad de Chile, en la Escuela especial Nuevo Mundo, con un grupo de ocho niños que fue variando en el transcurso del proceso, todos portadores del Síndrome de Down. Esta intervención se realizó entre los meses de Abril y Agosto del año 2002, con una frecuencia de una sesión semanal de una hora de duración

La selección de los alumnos fue guiada por nuestras propias fantasías en relación a la efectividad de la intervención temprana en estos pacientes, y a la facilidad de establecer mejores y más fáciles contactos con niños pequeños. Al mismo tiempo se contó con las orientaciones de Directora del establecimiento, la jefa de la Unidad Técnica Pedagógica, y la disposición de la educadora del nivel de los niños.

Además, para la selección de los niños se les aplicó a las madres una encuesta de evaluación musicoterapéutica, que exploraba el medio musical durante el embarazo, la lactancia y en la actualidad, las presencias musicales y sonoras de los niños, así como aspectos importantes del desarrollo social, emocional y musical del niño.

El grupo estuvo formado en un comienzo por ocho niños del nivel Pre-básico 4 A, pero durante el desarrollo del proceso pudimos percatarnos de la dificultad de realizar intervenciones terapéuticas con un grupo tan numeroso de niños. Además, se excluyó a uno de los integrantes por tener serios déficits que imposibilitaban el trabajo grupal.

Finalmente, el grupo estuvo compuesto por 6 niños, 4 hombres y dos mujeres, sus edades varían de 4 a 7 años de edad cronológica, su desarrollo según el Test de Vineland varía desde los 1,6 a 2,4 años. En el grupo existen dos que presentan graves retrasos en el lenguaje, careciendo totalmente de habla, y con graves dificultades de desarrollo psicomotor. El resto de los niños dicen algunas palabras y presentan algunos problemas leves de desarrollo psicomotor asociado al síndrome de Down.

A continuación se describen los principales antecedentes clínicos de los niños:

Alexis: nacido el 16 de Mayo de 1997 El embarazo fue de 38 semanas y con vómitos maternos durante todo el período de gestación. El parto fue con cesárea de urgencia por desprendimiento de placenta. Al mes de vida es operado debido a una cardiopatía por lo que permanece hospitalizado un mes.

A los 2,6 años inicia el lenguaje y a los 3 logra la marcha. Vive con ambos padres y es hijo único, durante el día está al cuidado de la abuela materna, ya que los dos trabajan.

A la edad de tres años se le administra la escala de madurez social de Vineland (respondida por ambos padres) donde obtiene una edad social de 1,7 años y un cociente de 53. Presenta retraso en todas las categorías de la prueba y su nivel de independencia personal es mínima, requiriendo ayuda en todas las actividades de la vida

diaria.

Se aprecia en él un importante grado de hipotonía muscular, lo que le dificulta mantenerse de pie, por lo que tiende a arrastrarse. Presenta escaso contacto visual, el nivel de atención sobre los objetos es muy bajo, no manipula juguetes, sólo los lanza. Se observa poca intención comunicativa y falta de conducta imitativa.

Sebastián, nacido el 25 de Julio de 1996. El embarazo y parto fueron normales, su lactancia materna fue hasta el mes de vida. A los 4 meses es operado del riñón y aun continua en tratamiento, al año presenta una bronconeumonía con hospitalización. Logra la marcha y la adquisición de algunas palabras a la edad de 4 años; y se lenguaje es pobre. Vive con ambos padres y hermanos de 15, 11 y 8 años. A los 4 años se le administra la escala de madurez social de Vineland, y obtiene una edad social de 2 años con un cociente social de 55. Es un niño muy curioso y vivaz. Manipula objetos, posee cualidades lúdicas, emite sonidos y demuestra intención comunicativa.

Simón, nacido el 13 de marzo de 1996. El embarazo fue sin control médico (madre adolescente), el parto normal y la lactancia materna durante un mes. Padece de bronconeumonía a los 3 meses, por lo cual estuvo hospitalizado 4 meses. Logra la marcha a los 2,7 años y comienza a decir algunas palabras a los 3 años. Vive con la madre, hermana menor y padrastro que legalmente es el padre.

En la escala de madurez de Vineland aplicada a los 4 años, obtiene una edad social de 2,4 años y un cociente social de 61. Su mayor retraso se ubica en la categoría de comunicación: no es capaz de utilizar el nombre de objetos familiares, si de reconocerlos. También presenta un retraso en la autovalencia general, ocasionalmente manifiesta a través de gestos su necesidad de ir al baño. Demuestra curiosidad por su entorno, obedece órdenes simples y posee conducta imitativa.

María José, nacida el 7 de abril de 1998. El embarazo fue de 36 semanas, el parto por cesárea y la lactancia materna llegó hasta el año de vida. Al nacer tuvo ictericia, por lo cual fue hospitalizada durante 4 días. Desarrolla bronquitis a repetición hasta que a los 9 meses es hospitalizada por una laringitis aguda. Logra la marcha al año de vida, y a los 2,8 controla esfínteres, el lenguaje está en desarrollo, dice algunas palabras. Vive con ambos padres y 3 hermanos del primer matrimonio de la madre, los cuales tienen 9, 12 y 13 años. A los 4 años le es aplicado el test de Vineland en donde obtiene una edad social de 2,2 años y un coeficiente social de 95, su desarrollo es excelente en relación al síndrome. La categoría en la cual presenta un retraso mayor es el lenguaje: aun no nombra objetos familiares. Durante el examen, no se observa lenguaje, si imitación de sonidos y gestos, lo que demuestra una intención comunicativa. Sigue órdenes e instrucciones simples.

Leonardo, nacido el 12 de octubre de 1994. Vive con padres adoptivos desde los 3 años, antes permaneció internado en el hospital de Concepción con desnutrición grave y cardiopatía, en situación de abandono de los padres biológicos que tenían antecedentes de alcoholismo. Es operado de cardiopatía y ha presentado reiteradas neumonías, en el año 2001 se le implantan colleros en los oídos debido a una pérdida auditiva. A los 5 años y 10 meses logra la marcha, aun no logra el control de esfínteres, a los 7 años comienza a emitir vocablos simples.

Se le aplica el test de Vineland a los 4 años y obtiene una puntuación correspondiente a los 1,6 años de edad y 25 en el coeficiente social. Presenta retraso significativo en todas las categorías de la prueba, demostrando dependencia en la totalidad de las actividades de la vida diaria. En la observación clínica se aprecia un bajo nivel de contacto e interacción con el examinador. No es capaz de fijar la atención sobre los objetos presentados, los cuales toma y lanza. Presenta autoestimulación y bajo contacto con las personas que lo rodean. El desarrollo motor es deficitario y es asociado a la hipotonía muscular. Sólo emite sonidos aislados sin intención comunicativa.

Florencia , nacida el 24 de febrero de 1997. Embarazo de madre de 40 años, parto normal. Logra la marcha a los 1,6 años y comienza a desarrollar el lenguaje a los 2, cuando padece una bronconeumonía. Vive con ambos padres y dos hermanos de 17 y 23 años. La madre señala que la niña es querida por el grupo familiar, viven en Peñalolén, el padre es obrero de una fábrica de calzado y la madre dueña de casa. En el test de Vineland, aplicado a los 5 años, obtiene una edad social de 2, 1 años y un cociente de 64. Presenta retraso en todas las categorías de la prueba, especialmente en comunicación y autoayuda. Comprende órdenes simples, identifica objetos y desarrolla juegos simples. Sonríe con refuerzo afectivo, es tímida y posee un buen potencial de aprendizaje.

La descripción de los niños se basa en las fichas que posee el colegio de los alumnos. El acento está puesto en sus déficits y carencias, el retraso en el desarrollo y las dificultades de los niños. No existe consideración de los aspectos relacionales y vinculares de estos niños. Al parecer se parte de la noción de un déficit congénito del desarrollo sin prestar atención a sus capacidades y potencialidades, ni al efecto que esta imagen devaluada pueda tener sobre los niños.

Luego de revisar estos datos y realizar cinco sesiones dedicadas al diagnóstico y la observación, pudimos constatar la pobreza del lenguaje en el grupo, la dificultad para respetar turnos y órdenes. En el grupo los niños más graves no eran capaces de relacionarse con el entorno.

Al parecer estaban acostumbrados a una disciplina rígida, estaban muy adiestrados para la imitación, lo que coartaba la creatividad y espontaneidad, con tendencia a la descarga desordenada y caótica de impulsos. Competían entre sí y demandaban la atención preferencial de las terapeutas.

Todo lo anteriormente reseñado, dificultaba el trabajo grupal. Se hacía complejo mantenerlos en el círculo y lograr que todos participaran en una misma actividad.

A su vez, pudimos observar que tenían curiosidad por los instrumentos musicales, por los sonidos que emitían, disfrutaban de las melodías y ponían atención a las canciones. Asimismo, tenían interés por relacionarse con las terapeutas, incluso los niños más graves.

A partir de estas observaciones concluimos que nuestro trabajo musico terapéutico buscaría estimular la expresión artística, favoreciendo el desarrollo de la comunicación y el lenguaje. Para la consecución de estos objetivos, era de suma importancia desarrollar un vínculo afectivo con estos niños, que brindara un soporte emocional confiable, que asegurara un espacio de libertad, sin imposiciones que les posibilitara mostrar sus

capacidades y deficiencias. Todo esto dentro de un grupo, que permitiera el desarrollo de las habilidades socio afectivas que permiten la pertenencia y cooperación en grupo, es decir el trabajar en y con un grupo.

Para el desarrollo de la intervención contábamos con un arsenal de instrumentos que nos facilitó el colegio (metalófonos, pandero, tambores, bongó y claves), además del tambor “peludo”, prestado por el postítulo.

El espacio físico otorgado por el colegio para la realización de esta experiencia produjo enormes dificultades. En un inicio se nos facilitó un salón no muy amplio que era utilizado para reuniones del colegio, por lo que era necesario cuidarlo en extremo. Por tanto, esto nos producía gran tensión, y terminábamos más preocupadas por la mantención del lugar que por el desarrollo de las actividades músico terapéuticas.

Al constatar esta dificultad, nos mudamos a la sala del fonoaudiólogo, más pequeña, pero con más garantías para un trabajo libre en donde no se coartara la expresión y las necesidades de los niños.

3.- METODOS Y TECNICAS DE MUSICOTERAPIA

Los métodos de musicoterapia han sido clasificados en dos grupos principales, los métodos receptivos y los creativos. Los primeros se caracterizan por enfocarse principalmente a la audición, sin la búsqueda de acciones específicas por parte del paciente, aún cuando supone un proceso de elaboración interna que propende a cambios en el estado de ánimo. Los métodos creativos implican una acción visible, tales como tocar instrumentos, bailar, cantar o improvisaciones musicales. Se busca que el paciente se exprese a través de la música, no importando su sentido estético o perfección, lo importante es que pueda dar cuenta a través de la música de su mundo interno. (Poch-Blasco, S. 1999)

En el caso específico del proceso psicoterapéutico desarrollado en la presente intervención se empleó el Método de de Musicoterapia para el Desarrollo de Graham y Word, que se orienta a estimular el desarrollo del niño en las áreas de comportamiento, comunicación, socialización y cognitiva. Se busca que el niño tenga una mayor confianza en sí mismo y en su corporalidad, que emplee palabras para comunicar sus necesidades, que confíe en los adultos, y que adquiera nociones básicas de discriminación espacio temporal. (Poch-Blasco,S. 1999)

Consideramos que este era el método más apropiado dado el nivel de desarrollo cognitivo de los niños, su casi total ausencia de lenguaje y las dificultades observadas en el vínculo materno y con los adultos en general.

4.- OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

4.1.- Objetivo General

Desarrollar la creatividad y expresión artística musical, permitiendo el despliegue de capacidades de comunicación y la creación de un vínculo grupal; tanto entre los niños, como de los niños con las terapeutas. Se trata de crear un espacio de seguridad afectiva que permite la expresión libre del sí mismo y el crecimiento social, afectivo y cognitivo de los niños

4.2.- Objetivos Específicos.

Proveer de oportunidades de gratificación y recompensa narcisística, que permitan la identificación, incrementen el autoconocimiento y favorezcan una imagen positiva de sí mismo,

Brindar oportunidades de satisfacción de necesidades emocionales básicas, de afecto, contención afectiva y pertenencia grupal, permitiendo su socialización.

Favorecer la vinculación con la realidad, liberarlos de sus ansiedades y temores, reeducarlos, incitarlos a la verbalización de sus necesidades.

Potenciar y fomentar su imaginación, creatividad, capacidad expresiva y afectividad.

Estimular el desarrollo cognitivo a través de la música, que favorece el pensamiento pre lógico, el desarrollo de las nociones espacio - temporales, e incrementar la capacidad de atención sostenida y la memoria.

Emplear la danza y el movimiento como medio de desarrollo y recuperación de las capacidades motoras.

5.- DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

5.1.- Técnicas Empleadas

Para la consecución de estos objetivos, se emplearon las siguientes técnicas:

Improvisación Libre, consiste en expresarse espontáneamente y creativamente, ya sea a través de cualquier instrumento musical, la propia voz o el cuerpo, sin ajustarse a pautas establecidas por otros. Se acepta como válida toda forma de expresión e interpretación, sin importar su nivel artístico.

Improvisación Musical de Scholtz, se basa en la improvisación musical y busca las cualidades que mejor satisfacen los objetivos terapéuticos que se persiguen, y no tiene un sentido pedagógico. Entre ellas se emplearon: dar un ritmo con un instrumento de percusión, gradualmente los niños se incorporan o salen a su voluntad, los que pueden reproducir o variar el ritmo. Además, también se utilizó dejar a disposición de los

niños los instrumentos para que ellos pudiesen tocar cuando y como quisieran.

Improvisación guiada: cada niño disponía de un instrumento, entonces el terapeuta daba la consigna de tocar fuerte, despacio, lento, rápido y sus combinaciones

Danza Improvisada, con música grabada se motivaba la libre expresión corporal. También se emplearon melodías específicas para reproducir creativamente con el cuerpo y el uso de pañuelos el mar, el viento, el fuego y la nieve.

Improvisación Musical con Instrumentos no Tradicionales. Se colocó a disposición de los niños instrumentos desconocidos por ellos, se les permitió explorarlos y reconocerlos, estimulando de modo gradual su uso y la creación de melodías y ritmos.

Canto como Técnica terapéutica: También utilizamos una canción llamada “Relojes”, la cual percutíamos todos juntos. Esta canción nos permitía jugar con contrastes: relojes grandes (lento), relojes chicos (un poco más rápido) y relojes chiquititos (más rápido).

Otra canción que usamos fue “Juan José Bonilla”, en la que la letra invita a gritar en el final.

También inventamos una canción, en ésta, un enano camina por el bosque y se va encontrando con distintos animales, entonces los niños imitan al animal.

Además, con la guitarra, cantamos distintas canciones infantiles conocidas por los niños, como por ejemplo: “Caballito blanco”, “Un elefante”, “Alicia va en el coche”, etc.

Otras Técnicas: Además, se emplearon rondas infantiles, tales como “Arroz con Leche” en que tratábamos que todos participaran tomados de las manos mientras se cantaba. Se estimuló el dibujo grupal mientras los niños escuchaban música de fondo. Se inventaron distintos cuentos, en que los niños imitaban distintos animales.

5.2.- Estructura de las Sesiones

Con el propósito de brindar un marco de seguridad y contención afectiva, las sesiones siguieron una secuencia predefinida que le permitiera al niño anticipar las secuencias y procedimientos empleados. Las sesiones se caracterizaron por:

Bienvenida y Presentación: los niños y terapeutas nos ubicamos en círculo, alrededor del tambor peludo y vamos diciendo nuestros nombres, para que el grupo los repita en coro, mientras lo golpeamos en cada sílaba. Intentábamos que el niño dijera su nombre y que el grupo lo repitiera.

Posterior a la presentación, se cantó siempre la canción “Las manitos” varias veces, para que movieran brazos y manos, arriba, abajo y a los lados.

Trabajo Grupal con improvisación: Se emplearon en las sesiones diferentes técnicas de musicoterapia, de acuerdo a una planificación previa y ya descrita anteriormente.

Despedida: con la canción “Con mi mano digo chao” nos despedíamos de todos los niños y terapeutas.

5.3.- Desarrollo del proceso grupal

Al inicio de las sesiones se observa gran dificultad para integrarse al trabajo grupal, los niños se muestran inquietos, no respetan turnos, no obedecen las consignas. Su expresión verbal es pobre, su capacidad creativa es limitada, aún cuando muestran un gran interés por los instrumentos y tienden a imitar lo que hacen los musicoterapeutas.

Los niños rivalizan entre sí para obtener la atención de los musicoterapeutas y se agraden mutuamente, lo que dificulta el desarrollo de las sesiones. Esto se ve agravado por factores externos. La institución no comprende el sentido terapéutico de la intervención, no brinda los espacios adecuados e interrumpe las sesiones.

A partir de la tercera sesión los niños desarrollan una mayor pertenencia grupal, y se articulan en torno al tambor peludo, que facilita la integración grupal. Además, logran adecuarse a la consigna y muestran mayor capacidades vocales, instrumentales y creativas.

Aspecto relevante es que comienzan a decir su nombre, lo que da cuenta de un mayor sentido de identidad y diferenciación, lo que les permite la actividad grupal, se inicia la discriminación de contrastes y temporalidad, aún cuando tiene dificultad para integrar tiempos y sonidos diferentes.

En la quinta sesión uno de los niños con serias dificultades es excluido del grupo, pues tiene serias dificultades de integración. Esto favorece el proceso y los niños muestran interés y adecuación a las consignas del trabajo musicoterapéutico. La capacidad de imitación se encuentra excesivamente desarrollada, y su creatividad es limitada. Lo nuevo y desconocido provoca gran ansiedad.

Un cambio importante se produce a partir de la novena sesión, los niños no sólo son capaces de decir su nombre, sino que también reconocen el de los demás. Esto da cuenta de un mayor desarrollo y estructuración del mundo interno, y el inicio del establecimiento del reconocerse como diferenciado del otro, e identificar las personas de su mundo externo. El respeto de los turnos, da cuenta también de un mayor grado de seguridad interna y de confianza en los musicoterapeutas. Se inicia una conducta de mayor exploración y flexibilidad. Las respuestas no obedecen sólo a la imitación, se observa diversidad y variabilidad. A su vez, se expresan afectos entre ellos, lo que da cuenta que se inicia un proceso de creación de vínculos sociales y afectivos.

La breve experiencia realizada permitió cambios importantes, los que podrían haberse desarrollado y profundizado con una experiencia más sostenida y prolongada en el tiempo.

CONCLUSIONES

En la medida que avanzaba el proceso grupal los niños comenzaron a decir su nombre y a reconocer el nombre de sus compañeros, esto da cuenta de un avance en el proceso de discriminación de sí mismo y del grupo. El niño es capaz de reconocerse como entidad particular en el grupo, sin perderse en su totalidad. Otra observación que da cuenta del mismo proceso fue la capacidad de formar el círculo entre todos y cada vez mantenerlo por más tiempo.

Avance importante en la discriminación y reconocimiento de sí mismo. Esto permitió un incremento en la capacidad de atención y respeto de órdenes y turnos, lo que favoreció el trabajo grupal.

Al parecer fue importante que los niños pudiesen explorar sus capacidades artísticas y creativas, desarrollando un proceso grupal que facilitaba la expresión y autonomía, que rompía con la estereotipia y la imitación de órdenes que solo buscan la normalización y adaptación de un sujeto que es visto desde el déficit.

Por el contrario, en la presente intervención se buscaba que los niños se expresaran y crearan, estimulando y reconociendo sus capacidades. A su vez, fue importante la creación de un espacio lúdico y placentero que favorecía el reconocimiento y despliegue de las capacidades de cada uno de los niños.

Cabe señalar, que la intervención fue realizada con niños portadores del Síndrome de Down que presentaban graves retrasos en su desarrollo social, afectivo y cognitivo, con escasa o nula capacidad de expresión verbal. Por tanto, desde nuestra experiencia

las intervenciones de musicoterapia son particularmente pertinentes en estos casos, ya que el uso de claves comunicativas preverbales, favorece el desarrollo de procesos expresivos y vinculares en dirección de la salud, que permiten el desarrollo afectivo, y por tanto una mejor calidad de vida.

En este sentido, la musicoterapia abre un nuevo espacio, distinto del enfocado al aprendizaje de objetivos específicos, que da libertad y permite la expresión creativa. Nuestro mayor trabajo fue el obtener de los niños un acercamiento espontáneo, en donde ellos, por ejemplo, nos dijeran sus nombres con la intención de comunicar, más que de imitar; lo que consideramos logrado.

Además, otro de nuestros objetivos importantes era la creación del vínculo afectivo con el grupo, lo cual se vio extraordinariamente facilitado por el uso de la música y la expresión artística. Nos dimos cuenta que la musicoterapia crea un ambiente afectivo, ayuda a la socialización y a la adquisición de conocimientos básicos para el posterior desarrollo.

Entre las limitaciones de la intervención debemos señalar su duración limitada. Desde nuestra experiencia la intervención musicoterapéutica abrió importantes canales de comunicación y desarrollo emocional, que favorecen el aprendizaje y enriquecen al niño y su relación con la realidad. Sin embargo, por la gravedad de los casos tratados habría sido necesario que se extendiera en el tiempo con una frecuencia de al menos dos veces a la semana.

Asimismo, los alcances de la intervención se ven limitados por la ausencia de trabajo con los padres y de coordinación con los otros profesionales que intervienen con los niños, educadores, fonoaudiólogo y psicóloga. Considero que un trabajo en equipo habría facilitado y enriquecido las intervenciones de todos los profesionales que trabajaron con estos niños, potenciando e incrementado la efectividad de todas las intervenciones, que se habrían visto enriquecidas mutuamente.

BIBLIOGRAFIA

- BENZON, R. Manual de musicoterapia. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona, (1981).
- BETÉS DE TORO M. Fundamentos de musicoterapia. Ediciones Morata. Madrid, (2000).
- BLEICHMAR, H. Introducción al Estudio de las Perversiones. Edit. Nueva Visión. Buenos Aires, (1984).
- BLEICHMAR, S. Clínica Psicoanalítica y Neogénesis. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, (2000).
- BOBATH, K. y KÖMG. E. Trastornos Cerebro Motores en el Niño Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, (1976).
- CICCHETTI y BEEGHLY. Children with Down Syndrome. A development Perspective. Cambridge University Press. Nueva York. (1990).
- EPSTEIN, Ch. The Morphogenesis of Down Syndrome. Editorial Wiley&Less Press. Nueva York, (1991).
- FREUD, S. La Interpretación de los Sueños. Obras Completas. Vol. V. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, (1901).
- GAUNA, G. Entre los Sonidos y el Silencio. Editorial Artemisa. Rosario, (1996).
- GONZÁLEZ, D. Déficit, Diferencia y Discapacidad, en Revista Topía, (pgs7- 8) Año IV-Marzo, (2001)

JAITIN, R. Un Centro de Aprendizaje, en Revista TPS N^a1, (pgs 15 a la 17) Buenos Aires, (1998).

MANNONI, M. La Primera Entrevista con el Psicoanalista. Editorial Gedisa. Barcelona, (1996).

PICHÓN-RIVIÉRE, E. Teoría del Vínculo. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, (1985).

POCH BLASCO, S. Compendio de Musicoterapia volumen I. Ediciones Herder. Barcelona. (1999).

RONDAL, J., PERERA, J.,NADELL, L. Síndrome de Down, Revisión de los Ultimos Conocimientos Editorial Espasa Calpe. Madrid, (2000)

WINNICOTT, D. "Transitional Objects and Transitional Phenomena, en Playing and Reality. Nueva York, (1971)

ANEXOS.

ANEXO N^o1: Registro de Práctica

Sesión: I

Fecha: 03-04-2002

Actividad realizada: Bienvenida, Canción: "Las manitos", Ronda: "Arroz con leche", Imitación rítmica, despedida.

Objetivos: Conocimiento del grupo: capacidad de lenguaje, respeto de turnos, capacidades musicales, observación general del grupo y de cada niño, creación del vínculo.

Elementos utilizados: Guitarra, xilófono, claves, panderos, toc-toc, tambor pequeño y voz humana.

Resultados: Se observa dificultad en mantener la atención grupal, el trabajo en círculo, en el respeto de los turnos y en seguir las consignas dadas.

En todos se observa una falta de lenguaje y gran interés por los instrumentos, además de facilidad en la imitación.

Sesión: III

Fecha: 17-04-2002

Actividad realizada: Bienvenida, identificación personal, ronda: "Los tres chanchitos", canción: "Las manitos", improvisación libre, despedida.

Objetivos: Observación del funcionamiento grupal e individual, creación de vínculo, observación de la creación musical y características del grupo en la improvisación.

Elementos utilizados: Claves, panderos, toc-toc, tambor pequeño, voz humana, tambor peludo, placas.

Resultados: El grupo se unificó en torno al tambor peludo, se logró mayor tiempo de atención durante la canción y la ronda, fue menor la agresividad durante la sesión, comienzan a respetar turnos. Durante la improvisación mostraron nuevas capacidades vocales e instrumentales.

Sesión: IX

Fecha: 19-06-2002

Actividad realizada: Bienvenida, canciones: "Las Manitos" y "Relojes", actividad exploratoria con objetos.

Objetivos: Estimulación del aparato fonador, observación de las capacidades exploratorias y creativas con diversos objetos.

Elementos utilizados: Palo de semillas, sonaja, kalimba, papel de volantín.

Resultados: Durante la sesión, poco a poco los niños se van estructurando como grupo; dicen su nombre y el de los demás. Con la actividad nueva mostraron interés, fueron capaces de respetar turnos y cada uno mostró sus capacidades exploratorias.

Sesión: XVI

Fecha: 21-08-2002

Actividad realizada: Bienvenida, canciones, trabajo con instrumentos, despedida: improvisación libre.

Objetivos: Evaluación de las capacidades adquiridas durante el proceso, cierre.

Elementos utilizados: Tambor peludo, pezuñas, panderos, bongó, placas, guitarra, claves.

Resultados: Se comprueba el aprendizaje de la rutina inicial. Durante el trabajo con instrumentos todos mostraron interés y comprensión de las consignas dadas. En distintos momentos algunos niños se alejaban del círculo, pero mantenían la atención en la actividad. En el momento de la despedida notamos que en los niños hubo un retroceso a las conductas observadas en el inicio de la intervención.

ANEXO N 2: Encuesta a la madre:

¿Cómo fue el período durante el embarazo?

1.

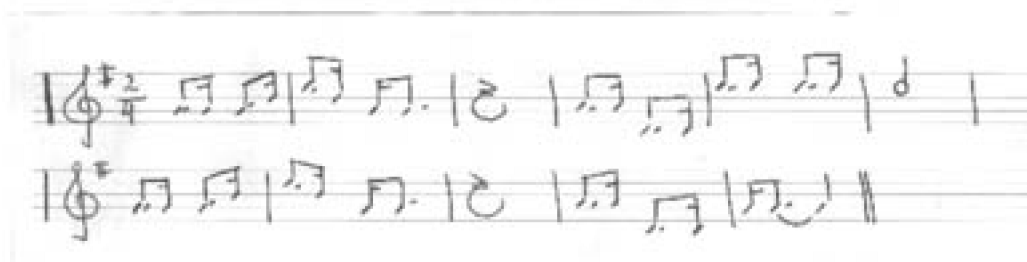
-
- ¿Tuvo algún desempeño laboral durante el embarazo, hasta qué mes? 2.
- ¿Qué música o ambiente sonoro rodeaba a la madre durante el embarazo? 3.
- ¿Qué música se escucha en el hogar actualmente? 4.
- ¿Cómo reacciona el niño a la música, hay alguna que prefiera? 5.
- ¿Le cantan alguna canción al niño, cuál? 6.
- ¿Qué sonidos no musicales llaman la atención del niño? 7.
- ¿Cómo se comunica con su hijo? (verbal, gestual y/o corporal) 8.
- ¿Cómo reacciona el niño con los otros miembros de la familia? 9.

ANEXO N^a 3. Canciones:

¡Chao!:

Con mi mano digo chao, chao..... Chao

Con mi mano digo chao, chao.....Chao

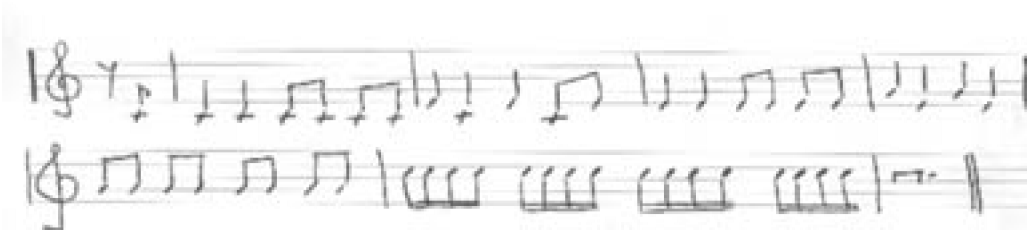


Relojes:

Relojes grandes hacen tic, tac, tic, tac

Relojes chicos hacen tic-tac, tic-tac, tic-tac, tic-tac

Y relojes chiquititos tiquitaca-tiquitaca-tiquitaca-tiquitaca



El enano cantor

Va por el bosque el enano cantor

Va por el bosque y encuentra un....

