

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**Escuela de Ciencias Psicológicas**

**“LA INFLUENCIA DE LA MÚSICOTERAPIA EN EL  
MEJORAMIENTO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DE LOS  
NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN, DE SEGUNDO  
PRIMARIA DEL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE GUATEMALA”**

**Informe Final de Investigación**

**Presentado al Honorable Consejo Directivo  
de la Escuela de Ciencias Psicológicas**

**POR**

**Ana Lucrecia Quiñonez Flores**

**Luz Yanira García Zuleta**

**Previo a optar el Título de**

**PROFESORAS EN EDUCACIÓN ESPECIAL**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE**

**TÉCNICAS UNIVERSITARIAS**

**Guatemala, octubre de 2009**

**CONSEJO DIRECTIVO**

**Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín**

**DIRECTORA**

**Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes**

**SECRETARIA**

**Doctor René Vladimir López Ramírez**

**Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo**

**REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRATICOS**

**Ninette Archila Ruano de Morales**

**Jairo Josué Vallecios Palma**

**REPRESENTATES ESTUDIANTILES**

**ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico  
CIEPs.  
Reg. 86-2008  
CODIPs. 1287-2009

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

05 de octubre de 2009

**Estudiantes**

Ana Lucrecia Quiñonez Flores  
Luz Yanira García Zuleta  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

**Estudiantes:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO SEGUNDO (22º) del Acta VEINTICINCO GUIÓN DOS MIL NUEVE (25-2009), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 01 de octubre de 2009, que copiado literalmente dice:

**"VIGÉSIMO SEGUNDO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"LA INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN EL MEJORAMIENTO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN, DE SEGUNDO PRIMARIA DEL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE GUATEMALA"**, de la carrera de Profesorado en Educación Especial, realizado por:

**ANA LUCRECIA QUIÑONEZ FLORES**  
**LUZ YANIRA GARCÍA ZULETA**

**CARNÉ No. 200011973**  
**CARNÉ No. 200118358**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Heidi Marie Peña Riley, y revisado por la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA



/Velveth S.





**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

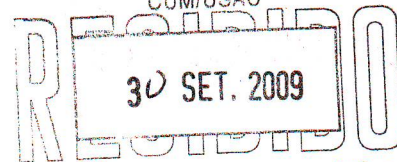
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs.: 155-09

REG.: 086-08

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC



Firma: *[Signature]* hora 16:00 Registro 86-08

**INFORME FINAL**

Guatemala, 29 de septiembre del 2009.

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**"LA INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN EL MEJORAMIENTO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN, DE SEGUNDO PRIMARIA DEL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE GUATEMALA".**

ESTUDIANTE:  
Ana Lucrecia Quiñonez Flores  
Luz Yanira García Zuleta

CARNÉ No.:  
2000-11973  
2001-18358

**CARRERA: Profesorado en Educación Especial**

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 10 de septiembre del 2009, y se recibieron documentos originales completos el 25 de septiembre del 2009, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

*[Signature]*  
Licenciada Mayra Luna de Álvarez  
**COORDINADORA**

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-  
**"Mayra Gutiérrez"**





CIEPs. 156-09  
REG. 086-08

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala, 29 de septiembre del 2009.

Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez, Coordinadora.  
Centro de Investigaciones en Psicología  
-CIEPs. - "Mayra Gutiérrez"  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**"LA INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN EL MEJORAMIENTO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN, DE SEGUNDO PRIMARIA DEL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE GUATEMALA".**

**ESTUDIANTE:**

*Ana Lucrecia Quiñonez Flores*  
*Luz Yanira Garcia Zuleta*

**CARNÉ No.:**

*2000-11973*  
*2001-18358*

**CARRERA:** Profesorado en Educación Especial

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 17 de agosto del 2009, por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

*Miriam Elizabeth Ponce Ponce*  
**Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce**  
**DOCENTE REVISOR**



/Sandra G.  
c.c. Archivo



Guatemala, 4 de Septiembre de 2009.

Licenciada Mayra Luna, Coordinadora  
Centro de Investigación en Psicología  
CIEP's Mayra Gutiérrez

Por este medio me permito informarle que he efectuado la asesoría y aprobación del Informe Final titulado:

**"LA INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN EL MEJORAMIENTO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN, DE SEGUNDO PRIMARIA DEL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE GUATEMALA".**

Elaborado por las estudiantes:

Ana Lucrecia Quiñones Flores

Carné: 200011973

Luz Yanira García Zuleta

Carné: 200118358

En tal virtud, como asesora y por considerar que el mismo llena los requisitos establecidos para aprobación, solicito que se proceda a continuar con los trámites correspondientes subsiguientes para graduación.

Sin otro particular, deferentemente:

Licda. Heidi Marie Peña Riley

Licda. Heidi Marie Peña Riley

Docente Asesor

Psicóloga

Colegiado 8136

Licda. Heidi Marie Peña Riley  
PSICOLOGA  
Colegiado No. 8,136



REG. 491-06  
CIEPs. 038-08

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y  
e-mail: usaapsic@usac.edu.gt

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 11 de Marzo del 2008.

ESTUDIANTES:  
Ana Lucrecia Quiñonez Flores  
Luz Yanira García Zuleta

CARNÉ Nos.  
200011973  
200118358

Informamos a ustedes que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de Profesorado de Educación Especial, titulado:

**"LA INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN EL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS EMOCIONALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN DE SEGUNDO PRIMARIA DEL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE GUATEMALA"**

**ASESORADO POR:** Licenciada Heidi Marie Peña Riley

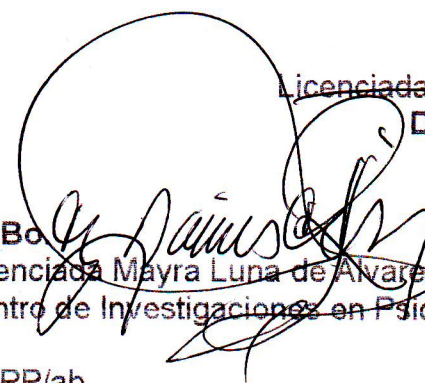
Por considerar que reúne los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.–, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones, el 5 de marzo del año dos mil ocho y les solicitamos iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

  
Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce  
**DOCENTE REVISORA**



  
Vo.Bo. ~~Licenciada Mayra Luna de Alvarez, Coordinadora~~  
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. ~~"Mayra Guzmán"~~



MEPP/ab  
c.c. archivo

Guatemala, 31 de agosto de 2009

Licenciada  
Mayra Luna  
Centro de Investigaciones en Psicología  
CIEPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Ciudad

Respetable Licenciada Luna:

Por este medio me dirijo a usted para informarle que las estudiantes:

Ana Lucrecia Quiñonez Flores 200011973

Luz Yadira García Zuleta 200118358

Realizó el trabajo de campo correspondiente a la investigación titulada: "LA INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN EL MEJORAMIENTO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN, DE SEGUNDO PRIMARIA DEL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE GUATEMALA" de mayo a julio del año 2007.

Sin nada más que hacer constar, me suscribo,

Atentamente,

  
Lic. Eleonora Campos Orellana  
Directora Académica





PADRINOS

ALFREDO BARRIENTOS HERNÁNDEZ  
LIC. CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN  
COLEGIADO. 6,469

SUSAN ALEJANDRA PUAC SECAIDA  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
COLEGIADO 729

## **ACTO QUE DEDICO**

**A DIOS:** Ya que es el Ser Supremo que me ha ayudado a estar hoy en este lugar, y me ha brindado sabiduría, fortaleza, humildad, pero sobre todo amor, sensibilidad y voluntad de servicio a los demás, este triunfo es tuyo Señor.

**A MIS PAPÁS:** Horacio y Magda porque siempre me han apoyado en todos los proyectos que he querido emprender, y que con su esfuerzo me han brindado el apoyo necesario para poder llegar hasta donde hoy estoy, gracias por existir “Los Quiero Mucho”.

**A EDGAR:** Gracias por apoyarme en momentos difíciles, por compartir conmigo alegrías y tristezas, por ayudarme a realizar mis sueños.

**A MIS HERMANOS:** María José, Pedro y Chiqui, han sido uno de los motivos que me impulsan a seguir adelante y superarme día a día,

**A MIS SOBRINOS:** Nachito, Mariita y en especial a Franklin por ser parte importante de este triunfo.

**A MIS ABUELITOS:** Por sus consejos, sus buenos deseos, y porque han sido una parte importante de mi vida y se que su presencia también me acompaña.

**A MIS AMIGAS (OS) Y PERSONAS QUE HAN COLABORADO CONMIGO:**

Gracias por su apoyo y ayuda incondicional.

## **AGRADECIMIENTOS**

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS:

Mi otra casa durante casi 6 años, ha sido la fuente de mis conocimientos y ha permitido que este sueño, se convierta hoy, en una realidad.

AL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE GUATEMALA:

Por abrirme las puertas de su institución para la realización de esta investigación.

A MIS CATEDRATICOS:

Que me han enseñado lo valiosa que es nuestra profesión y sobre todo a ser profesionales conscientes y consecuentes con nuestros actos.

A MI REVISORA LICDA. MIRIAM PONCE:

Gracias por brindarme su tiempo, sus conocimientos y por ayudarme en todo momento.

A MI ASESORA LICDA. HEIDI PEÑA:

No tengo como agradecerle todo lo que ha hecho por mí, usted me ha enseñado el respeto hacia la persona humana, la responsabilidad y la voluntad de servicio hacia los demás, me enseñó que un profesional vale tanto por sus conocimientos, como por su sencillez.

**Ana Lucrecia Quiñónez Flores.**



Para todas las personas  
Que están en mi corazón

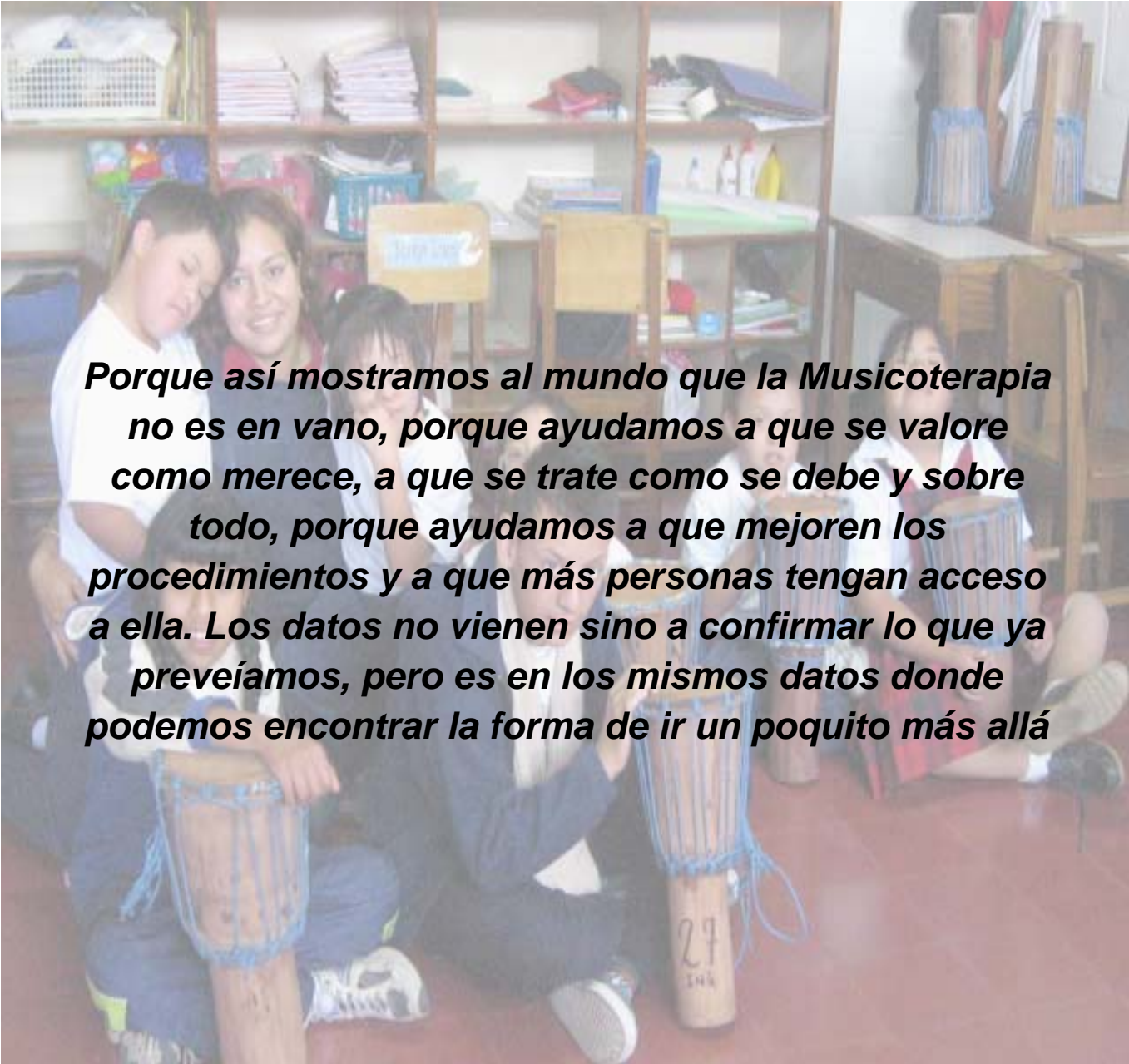
Con amor y respeto me dirijo principalmente a mi padre celestial por ser la fortaleza diaria dándole vida a mi ser, a mis sueños, anhelos y metas convirtiéndolos en éxitos, seguidamente a mis padres Aurelio García Enríquez quien me dio la vida, protección y cariño guiándome desde el cielo, a mi madre María Dora Zuleta Gálvez y a mi segundo padre Armando Nájera López quienes han sido mi guía, la fuente inagotable de amor, respeto, paciencia, humildad, siendo así el pilar que ha sostenido mis sueños para convertirlos en realidad.

A mi hijo Alexander por ser la mejor fuerza que impulsa mi vida y por llegar en el mejor momento, a mi esposo Edvin, a mis hermanas Brenda y Magnolia por su amor y su apoyo, a mis sobrinos Katy y Cris, a mi abuelita Sofía por estar a mi lado.

El mejor regalo de mi carrera técnica fue maravillosa al pasar cada momento compartido con mis amigas entre ellas están Lucky, Dora, Greysi y muchos más que saben que están en mi corazón, agradeciéndoles por su apoyo, motivación y por ser tan maravillosas en todo momento.

Gracias a todos los catedráticos dotados de sabiduría para guiar y compartir su conocimiento con todos.

LUZ YANIRA GARCÍA ZULETA

A group of children and an adult are gathered in a classroom. Some children are holding large wooden drums with blue strings. The background shows shelves with books and supplies.

***Porque así mostramos al mundo que la Musicoterapia no es en vano, porque ayudamos a que se valore como merece, a que se trate como se debe y sobre todo, porque ayudamos a que mejoren los procedimientos y a que más personas tengan acceso a ella. Los datos no vienen sino a confirmar lo que ya preveíamos, pero es en los mismos datos donde podemos encontrar la forma de ir un poquito más allá***

# INDICE

<b>Prólogo</b>	05
<b>CAPITULO I</b>	
<b>INTRODUCCION</b>	07
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
Musicoterapia	08
Aplicaciones de la Musicoterapia	10
Modelos Teóricos	
Modelo Conductista	10
Modelo Benenzon	11
Musicoterapeuta	12
Sesiones de Musicoterapia	13
Musicoterapia en Guatemala	14
Musicoterapia con Pacientes Síndrome de Down	16
Desarrollo de las Capacidades Emocionales	17
El desarrollo en el niño Síndrome de Down	21
Las emociones en niños Síndrome de Down	23
Desarrollo de las capacidades emocionales en niños S.D.	24
<b>PREMISAS</b>	27
<b>HIPÓTESIS</b>	28
Variables, Definición e Indicadores	28
<b>CAPITULO II</b>	
<b>DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	31
Población	31
Muestra	32
Técnicas de Análisis Estadístico	32
Técnicas de Análisis de Recolección de Datos	32
Técnicas de Trabajo	33
Técnicas de Análisis Estadístico, Descripción e Interpretación de	



Datos	34
-------	----

### **CAPITULO III**

<b>PRESENTACION INTERPRETACION Y ANÁLISIS DE RESULTADO</b>	35
<b>RESULTADOS CUANTITATIVOS</b>	43
<b>ANÁLISIS CUALITATIVO</b>	57

### **CAPITULO IV**

<b>CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES</b>	
CONCLUSIOENS	62
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

#### **ANEXOS**

Resumen del desarrollo emocional del niño	
Entrevista Infantil	
Registro de capacidades emocionales del niño con síndrome	
De Down del Instituto Neurológico	
Planificación de talleres de musicoterapia	

#### **RESUMEN**

## PRÓLOGO

En nuestra cultura y en los inicios del tercer milenio, la música está presente donde haya un ser humano en contacto con sus semejantes (tiendas, buses, restaurantes, cines, centros comerciales, supermercados, televisión, etc.). En los momentos de ocio las personas utilizan la música como criterio para escoger un lugar donde distraerse y del mismo modo es selectiva en el caso de que les guste tener acompañamiento musical mientras trabajan. La respuesta musical cubre un vasto campo de acción de la experiencia humana y ofrece perspectivas interesantes para intentar comprender tanto la naturaleza de los estímulos musicales, como la reacción del ser humano expuesto inevitablemente a ellos.

El ser humano siente inclinación por la música y la necesita. El hombre nunca se ha conformado con escuchar únicamente los sonidos de la naturaleza; sino que siente la necesidad de crear nuevos sonidos y organizarlos de modos diferentes formando estructuras rítmicas o melódicas que le conducen al desarrollo de su sentido estético. Como consecuencia también se desarrolla un sentido crítico que le hará sentir más o menos satisfacción al valorar o ejercer la apreciación de las nuevas estructuras sonoras, con lo que obtiene emociones que amplían su capacidad de sensibilidad y afectividad. Es por ello que 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.

La música se considera como una de las terapias más antiguas del mundo, se ha descubierto que la música puede para el ser humano actuar como sedante, estimulante y dar alegría. En cuanto a la musicoterapia relacionada con las capacidades emocionales, distintos autores plantean que mediante el uso de esta terapia alternativa los procedimientos para obtener un máximo aprovechamiento en dicho proceso mejoran notablemente. Es por ello que su uso 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 déficit.

En el presente trabajo de investigación en el que se abordó el tema de la Musicoterapia, aplicado a los niños y niñas con Síndrome de Down que se encuentran entre las edades de 8 y 13 años, de segundo primaria del Instituto Neurológico de Guatemala, como medio para mejorar sus capacidades emocionales. Es por ello que nuestro proyecto de investigación se enfocó tanto al descubrimiento y desarrollo de éstas capacidades emocionales, 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.



# CAPITULO I

## INTRODUCCION

La investigación está enfocada dentro del área psicopedagógica, fue realizada en el Instituto Neurológico de Guatemala, consistió en la intervención musicoterapéutica con un grupo de niños con Síndrome de Down, cuyas edades cronológicas varían entre los ocho y los trece años de edad, En su mayoría proveniente de la capital y sus diferentes zonas, la minoría incide en los municipios cercanos a la ciudad. La situación económica y social de la familia de los niños es de bajos recursos económicos. En cuanto a su desarrollo el grupo tenía un escaso nivel de comunicación y lenguaje, el trabajo que desarrollaban en el instituto era en torno a la imitación más que a la expresión; sin embargo poseen grandes capacidades y motivación en torno al quehacer musical. Dicha intervención sirvió para potenciar y fomentar las capacidades emocionales de los niños.

La intervención se realizó durante 2 meses, con una frecuencia de dos sesiones de musicoterapia semanales. Al término de las sesiones se pudo observar avances en el desarrollo de las capacidades emocionales así como la expresión y creación musical, también un desarrollo, de las capacidades sociales y comunicativas. En dichas intervención empleamos los principios más importantes de la musicoterapia tales como **estructuras rítmicas, escalas, tonos, etc.** que aluden al uso de claves comunicativas preverbales que permiten la expresión simbólica de los afectos a través del lenguaje musical.

En el marco teórico se describen temas como la musicoterapia, su aplicación y los diferentes modelos teóricos, el trabajo que debe desempeñar el musicoterapeuta, así como el desarrollo de las sesiones. La historia de la musicoterapia en Guatemala, y sobre todo la relación de la musicoterapia con los niños síndrome de Down. El desarrollo emocional, las emociones de los niños

Síndrome de Down, y el desarrollo de sus capacidades emocionales.

Se trabajó con un muestreo no aleatorio por conveniencia, ya que la población con la que trabajamos fueron solo niños con Síndrome de Down y cursaban el segundo año en el Instituto Neurológico de Guatemala. Las herramientas que se utilizaron para llevar a cabo este trabajo fueron, la observación y una entrevista las cuales sirvieron como base para poder realizar una lista de cotejo de las capacidades emocionales de los niños, dicha lista nos ayudó para poder evaluar y cumplir con los objetivos planteados, así como para realizar las actividades más adecuadas al grupo utilizando las diferentes técnicas de musicoterapia.

Para la interpretación de los datos utilizamos las técnicas de análisis cuantitativa, ya que se resumió, ordenó, clasificó y tabuló la información, utilizando las técnicas de porcentajes, así mismo se utilizó la técnica cualitativa, para poder describir las diferentes conductas, emociones, etc. que presentaron los niños durante la realización del programa de musicoterapia. Para lograr nuestros objetivos, se les proporcionó sesiones en las cuales se fueron realizando de una forma gradual, es decir de menor a mayor dificultad, basándonos en las funciones de las emocionales y trabajando conjuntamente con las técnicas que ofrece la musicoterapia. Con lo cual logramos 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.

Así también se concluyó que el ambiente emocional en que viva el niño con síndrome de Down influye en su forma de manifestar los sentimientos. Un ambiente calmado, tranquilo, dialogante y respetuoso, crea condiciones propicias para una adecuada maduración emocional. Un ambiente tenso, frío, agitado o apático, fomenta la inquietud, la angustia y la inseguridad del niño.

# MARCO TEÓRICO

## Musicoterapia

El poder de la música ha sido desde siempre conocido por el hombre. Con mayor o menor precisión, de un modo científico o mágico, con más o menos lógica, la música ha sido usada desde siempre en labores de curación y búsqueda de beneficios para la salud. “El paso del tiempo y el avance y desarrollo social y científico ha originado distintas concepciones hasta llegar a nuestros días, dónde la música ha engendrado la disciplina científica que conocemos como musicoterapia y que se encuentra asentada e institucionalizada en nuestra sociedad”<sup>3</sup>.

“La musicoterapia es un proceso sistemático de intervención en donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir llegar a la salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas de cambio”<sup>4</sup>.

Las propiedades de la música de cara a combatir enfermedades son conocidas desde tiempos inmemoriales, si bien hemos de remontarnos hasta la época egipcia, 1500 años antes de nuestra era, para encontrar las primeras referencias escritas que tratan los efectos beneficiosos producidos por la música sobre el cuerpo humano.

A partir de ese momento resulta difícil determinar por donde transcurrió el camino del saber del hombre sobre los efectos curativos de la música, dado el extenso número de publicaciones que hablan sobre ello.

En la época de los griegos encontramos un uso razonable y lógico de la música para prevenir y curar enfermedades físicas y mentales, apartado de las

---

<sup>3</sup> Alvin, Juliette, Musicoterapia. Ediciones Páidos, España 1984 Pág. 14

<sup>4</sup> Bruscia, Kenneth, Definiendo musicoterapia, Amarú Ediciones, Salamanca-España 1997, pág. 77

implicaciones mágicas y religiosas. Tanta importancia cobró la música para los griegos que muchos trataron incluso de institucionalizarla. Figuras como Platón “la música es para el alma lo que la gimnasia para el cuerpo”<sup>5</sup> o Aristóteles podrían considerarse hoy día como precursores de los musicoterapeutas, pues en sus estudios sobre medicina incluyeron siempre la música como factor a tener en cuenta.

Un precursor de la musicoterapia es sin lugar a dudas Emile Dalcroze (1865-1950) que destaca por ser llamado el “creador de la rítmica”. Para él, la música debía jugar un importante papel en la educación y ser uno de sus pilares básicos. Sus principios sobre la música fueron adoptados por sus alumnos, quienes se convirtieron en los pioneros de la terapia educativa rítmica. 1950 es un año clave. Nace, de manos de un grupo de profesionales, la “National Association for Music Therapy” que va a desarrollar desde entonces una actividad social y de difusión traducida en revistas, congresos y una carrera de musicoterapeutas, que van a ofrecer servicio en centros importantes de enfermedades mentales y en otros centros.

Los usos terapéuticos de la música se han aprovechado para la **Educación Especial**, lo cual no es de extrañar debido a la naturaleza de los alumnos que se agrupan en torno a esta especialidad educativa. La música constituye un factor importantísimo que sirve para lograr mejoras tanto físicas como anímicas y allanar la vida y la educación de alumnos especiales y en este proyecto los niños con Síndrome de Down. Para muchos alumnos la música es a menudo un hilo conductor de otras tareas educativas o incluso la misma puerta de la educación. Donde antes había obstáculos en el camino de la educación de un niño la música ha sabido enraizarse y arrancarlos, dejando vía libre al aprendizaje.

---

<sup>5</sup> Lacárcel Moreno, Josefa Musicoterapia en la Educación Especial Editorial Murcia, España 1995, Pág. 223

## Aplicación de la Musicoterapia

Dentro de la musicoterapia hay dos métodos principales de trabajo:

- **Activo:** el método activo está llamado a ser la base de la actividad musical del alumno, para que éste se desenvuelva mejor y más cómodamente y sobre todo, para que aprecie el aprovechamiento y los objetivos de las actividades que se realizan.
- **Pasivo:** el método pasivo es más habitual en procesos de medicación o de entretenimiento. Dado que se basa en *técnicas de escucha* se utiliza normalmente con alumnos que no responden al método activo.

## Modelos Teóricos

Dentro de la musicoterapia se utilizan diferentes modelos teóricos para mejorar el tratamiento.

**Modelo Conductista:** este modelo se desarrolla a partir de fenómenos ocurridos y en musicoterapia:

- Es aplicada sólo en conductas socialmente significativas o de importancia inmediata.
- Es analítica si muestra una relación funcional entre música y conducta.
- Es eficaz si mejora suficientemente las conductas de los pacientes.
- Se generaliza si produce cambios duraderos y/o se expanden a otras conductas o entornos.

Según como se diseñen las actividades y el uso de la música, se pueden distinguir tres funciones en la Musicoterapia:



- **Estimulo:** (señal auditiva), las actividades rítmicas son usadas para alterar conductas motrices y verbales, por ejemplo, la marcha.
- **Estructura:** se estructura la música como actividad continuada y estructurada, por lo que es un buen estímulo de aprendizaje. Mejora la discriminación auditiva y habilidades sociales en niños con distintos tipos de discapacidades.
- **Refuerzo:** música como refuerzo para llevar a cabo objetivos, en personas con discapacidad.

**Modelo Benenzon:** “basado en el concepto Identidad Sonoro Musical, la cual nos caracteriza a cada uno y forma parte de nuestra personalidad”<sup>6</sup>. Hay Tipos:

- **ISO Universal:** energías sonoras y de movimiento propias de todos los individuos. El ritmo binario del latido cardíaco, el movimiento de la respiración, etc., son fenómenos universales, formando parte del inconsciente.
- **ISO Gestáltico:** las sonoridades propias de cada uno, que caracterizan nuestra personalidad. Son heredadas (genes) y aparecen en nuestras experiencias no verbales. Se reconocen tres fuentes: sonoridades del cuerpo de la madre y las del exterior que se oyen a través del líquido amniótico y las que pasan del inconsciente de la madre al del niño.
- **ISO Cultural:** aparecen a partir del nacimiento, provenientes del medio natural y social. Se da más en el preconscious, como, por ejemplo, el folklore.

---

<sup>6</sup> Benenzon O., Rolando Musicoterapia de la teoría a la práctica Ediciones Paidós Ibérica, S. A. Buenos Aires Argentina. Pág. 94

- **ISO Complementario:** se estructura de forma constante, a partir de hechos circunstanciales, como son las situaciones de comunicación en un determinado momento, lugar y persona.

Es utilizado un objeto intermediario como instrumento para el trabajo de la comunicación no verbal, que permita dar fluidez a los canales de comunicación, con el fin de que aflore el inconsciente, consciente y preconscious. No es necesario que sea musical, pero ha de ser:

- Previsible: de reconocimiento rápido.
- Cotidiano y relacionado con su ISO cultural.
- De fácil manipulación y desplazamiento.
- Que favorezca las relaciones con otros instrumentos.

## **Musicoterapeuta**

Otra de las aptitudes que debe formar parte de la naturaleza del profesor es la capacidad de mantener en todo momento la disciplina dentro de la clase. Las sesiones de musicoterapia han de desarrollarse en un ambiente distendido y relajado, pero no por ello el profesor debe perder la autoridad en ningún momento. Hay que tener en cuenta un factor importante también tratándose de alumnos con deficiencias. La **afectividad** va a jugar un importante papel, aunque eso sí, el profesional no puede olvidar nunca su rol dentro de un grupo y dejar de lado el rigor científico pese a que ciertas actividades se presten a ser lúdicas y afectivas.

A tener en cuenta también es la necesidad de evitar en todo momento cualquier tipo de actividad violenta o represiva por parte del profesor. No debe nunca escapársele la situación de las manos ni recurrir al castigo como medida para conseguir el orden. El musicoterapeuta debe tomar con calma las situaciones que se le presenten y mostrarse siempre partidario de discutir y hablar cualquier incidente con los alumnos en todo momento y prevenir, sobre todo, las agresiones

sobre sí mismo o sobre el resto de alumnos. Además, ha de abstenerse siempre de hacer juicio alguno o valoración ante los niños, sean cuales fueren las actuaciones. No hay que olvidar que el objetivo de la musicoterapia no es que los alumnos sean excelentes músicos, sino que se sientan bien gracias a la música. No hay mejor premio ni recompensa que esa y si debe existir algún tipo de gratificación por parte del profesor hacia los alumnos, ésta ha de ser siempre de carácter verbal para reforzar la autoestima y la satisfacción de los niños.

La **creatividad** debe primar en las aptitudes del musicoterapeuta para llevar a cabo una educación dónde no se ausenten elementos como el juego, la libertad y la imaginación. Un repertorio variado basado en la capacidad creativa del profesor permitirá afrontar con éxito problemas y situaciones que se presenten. Para impartir musicoterapia hay que conocer además los procedimientos de enseñanza de “**ritmo, melodía y armonía**, es decir, los elementos básicos de la música que han de inculcarse en los alumnos no solo como un conjunto, la música, sino también por separado para que sean capaces de apreciarlos. Existen, por ello, métodos para cada uno de los tres factores”<sup>7</sup>.

## **Las Sesiones de Musicoterapia**

La ejecución de los ejercicios ha de ser lenta y gradual de menor a mayor dificultad. Hay que evitar la tensión, la angustia, la frustración o la fatiga. La **duración** variará según convenga el profesor, si bien hay que tratar de no provocar cansancio. Unos ejercicios variados, cortos y atractivos ayudarán a establecer una dinámica de clase alegre y participativa, siendo los juegos un buen modo de que los alumnos consideren entretenidas las clases. En las audiciones musicales debe evitarse también la monotonía que ocasionan a veces composiciones excesivamente largas. “En definitiva diremos que el profesor debe encontrar una relación entre la teoría y la práctica, debe **programarse** en función

---

<sup>7</sup> Lacárcel Moreno, Josefa Musicoterapia en la Educación Especial Editorial Murcia, España 1995, Pág. 399

del desarrollo evolutivo del niño y adaptarse a él, o al grupo, en todo momento, teniendo en cuenta, claro está, las características psíquicas, físicas y sociales de cada individuo”<sup>8</sup>.

Para lograr una ambientación adecuada en toda sesión de musicoterapia la música debe emplearse de forma adecuada. Un recibimiento musical a los alumnos ayuda sin duda a ir creando un clima que sumerja al niño. Música relajante para comenzar y algo más movido para llevar a cabo juegos y ritmos. Así ayudaremos al alumno a que se inicie en el movimiento al son de la música y libere su necesidad de dinamismo. Además, es también interesante enseñar instrumentos nuevos a los alumnos y que éstos disfruten de la posibilidad de tocarlos y manifestarse mediante ellos al mostrar sus preferencias y sus gustos.

## **Musicoterapia en Guatemala**

En tiempos recientes se ha dado gran difusión a alternativas terapéuticas y didácticas novedosas para la enseñanza integral de los niños con Síndrome de Down. Una de estas alternativas, de la que probablemente muchos maestros han oído hablar, es la musicoterapia.

Existen referencias al trabajo que se realiza en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en el Departamento de Psiquiatría del Hospital General, el trabajo en este departamento en el año de 1985 aproximadamente, con un trabajo de musicoterapia, bajo la dirección del Dr. Jorge Pellecer, en colaboración de Psicólogos y Psiquiatras de esta institución, se incluyó como un programa conocido con el nombre de “Terapias Expresivas en Formación Psiquiátrica”. Dentro del departamento se capacitó al personal de manera profesional para que pudiera iniciarse en esta disciplina, a lo largo del trabajo en la rama de la musicoterapia se han encontrado algunos obstáculos tanto dentro como fuera de

---

<sup>8</sup>Gallardo Rubén Dario, Musicoterapia y Salud Mental, Ed. Universo, Buenos Aires, Argentina 1998 Pág. 69

la Institución siendo estos: desconfianza a todo enfoque que no siga el modelo médico, desconocimiento de la disciplina, falta de recursos materiales y humanos, así mismo se han tratado diversidad de casos siendo algunos de ellos: autismo, problemas de aprendizaje provocados por la falta de atención y concentración, trastornos conductuales como agresividad, ansiedad, inseguridad, timidez, actitudes provocadas por demanda de atención, problemas psicofisiológicos, obteniendo en cada uno respuestas positivas y gratificantes en este trabajo.

Para darnos cuenta de esto podemos introducirnos en el mundo de la musicoterapia, así en sus aspectos teóricos de la siguiente forma: en nuestro país, hasta hoy en día, no se ha logrado implementar a los hospitales y centros de atención de Educación Especial y Psicológica con personal psicoterapéutico musical, ya que para proveerlo se requiere de disponibilidad presupuestaria para remunerar estos servicios, además que, en la actividad, la cantidad de musicoterapeutas que requieren dichas instrumentaciones es muy escasa aún, pues se cuenta con desventaja de que el país no se forma musicoterapeutas directamente dentro de una institución, lo cual hace que el terapeuta se forme en el extranjero o a través de bibliografías seleccionadas de forma específica y concreta, cursos especializados dirigidos por expertos en la materia. Ante la necesidad de la aplicación de la musicoterapia a personas necesitadas de esta terapia, en el país existen profesionales en la ciencia de la conducta que se han especializado para favorecer a personas de todo el país brindando sus servicios en clínicas particulares e instituciones.

El programa de musicoterapia se aplica de igual forma que en cualquier otro lugar del mundo, cuenta con una parte receptiva y una activa, así también con 10 sesiones mínimas para integrar al niño a una actividad con resultados positivos y favorables para el. “En Guatemala al igual que en cualquier otro lugar del mundo pueden obtenerse resultados bastante favorables con los niños, siempre y cuando el terapeuta, cuente con una formación, adecuada, exacta y precisa”<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Dr. J. Pellecer, Musicoterapeuta (Entrevista 6. 1998)



## Músicoterapia en niños 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 niños 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 del síndrome que presenta su 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.

“Wininiccott, 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”.<sup>10</sup> 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

---

<sup>10</sup> Winnicott, D. “Transitional Objects and Transitional Phenomena, en Playing and Reality” Editorial Artemisa, España 1971 Pag. 115

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

“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”<sup>11</sup>

## **Desarrollo capacidades emocionales**

“El estudio del desarrollo del niño puede definirse como la rama del conocimiento que se ocupa de la naturaleza y la regulación de los cambios estructurales, funcionales y conductuales significativos que se manifiestan en los niños durante su crecimiento y maduración”<sup>12</sup>. “El desarrollo se refiere a cambios cualitativos y cuantitativos. Se puede definir como una serie progresiva de cambios ordenados y coherentes. ”<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Gauna, G., Entre los Sonidos y el Silencio Editorial Artemisa Rosario, España 1996 Pág. 39

<sup>12</sup> Fernández Abascal, Enrique G. Emociones y Salud, Editorial Ariel Barcelona 1999 Pág. 6

<sup>13</sup> Sanchez Hidalgo, Efraín. Psicología Educativa. Editorial Piedras Puerto Rico, 1965 Pág. 190

Ya que las emociones desempeñan un papel fundamental en nuestras vidas como seres humanos, sobre todo cuando somos niños, es esencial saber cómo se desarrollan y afectan a las adaptaciones personales y sociales.

El desarrollo emocional influye directamente en la evolución intelectual del niño, un desarrollo emocional poco satisfactorio puede tener incidencias en aspectos del desarrollo intelectual como:

- Limitaciones en la memoria.
- Dificultades en la percepción y en la atención.
- Disminución de las asociaciones mentales satisfactorias.

La opinión de los profesionales llega a afirmar que una atrofia emocional en la infancia puede repercutir en una limitación de la capacidad de abstracción del niño, un desarrollo correcto de las capacidades emocionales produce un aumento de la motivación, de la curiosidad y las ganas de aprender, una amplitud de la agudeza y profundidad de la percepción e intuición.

El correcto desarrollo emocional supone ser consciente de los propios sentimientos, estar en contacto con ellos y ser capaz de proyectarlos en los demás. Ser capaz de involucrarse con otras personas de forma adecuada relacionándose positivamente. El patrón general emocional no sólo sigue un curso predecible, sino que también pronosticable, de manera similar, el patrón que corresponde a cada emoción diferente. Por ejemplo, los "pataleos" o "berrinches" llegan a su punto culminante entre los 2 y 4 años de edad y se ven reemplazados por otros patrones más maduros de expresiones de ira, tales como la terquedad y la indiferencia. Aún cuando el patrón de desarrollo emocional es predecible, hay variaciones de frecuencia, intensidad y duración de las distintas emociones y las edades a las que aparecen. Todas las emociones se expresan menos violentamente cuando la edad de los niños aumenta, debido al hecho de que

aprenden cuáles son los sentimientos de las personas hacia las expresiones emocionales violentas, incluso las de alegrías y otras de placer.

“Los estudios de las emociones de los niños han revelado que su desarrollo se debe tanto a la maduración como al aprendizaje y no a uno de esos procesos por sí solo. La maduración y el aprendizaje están entrelazados tan estrechamente en el desarrollo de las emociones que, algunas veces, es difícil determinar sus efectos relativos”<sup>14</sup>.

La mayoría de los bebés pasan por etapas parecidas en su desarrollo emocional y social pero durante los primeros cinco años de vida, los adultos también observarán que las personalidades individuales de sus hijos empiezan a manifestarse. A continuación se describirá algunas características del desarrollo emocional del niño según la edad: (Ver Anexo 1)

- **Primer año:** durante los primeros seis meses de su vida, los bebés comienzan a sonreír a la gente, a disfrutar de que la gente les hable y que juegue con ellos, a imitar algunas de las expresiones faciales y movimientos que observan y a manifestar una preferencia hacia ciertas personas, usualmente sus padres.

Durante los siguientes seis meses, los bebés frecuentemente empiezan a sentirse tímidos y a tenerles miedo a personas desconocidas. Podrían llorar cuando su padre o madre se va y podrían indicar que prefieren a la madre, el padre o un cuidador más que a cualquier otra persona. Muchos ponen a prueba ciertos comportamientos con su padre o madre, como dejar caer un juguete o negarse a comer cierto alimento. Los bebés imitan no sólo los sonidos sino también los gestos y claramente gozan de la atención que podrían recibir como resultado de este comportamiento. Muchos bebés de esta edad comienzan a cooperar con la alimentación al agarrar alimentos

---

<sup>14</sup> Sanchez Hidalgo, Efraín. Psicología Educativa. Editorial Piedras Puerto Rico, 1965 Pág. 194

que se comen con los dedos, o cooperan cuando se les está vistiendo al extender su brazo para meterlo en la manga de una camisa.

- **Segundo año:** un niño o niña que ha cumplido un año de edad todavía forma el centro de su propio mundo. Puede que le gusta jugar al lado de otro niño, pero realmente no comprende el concepto de compartir. Un niño de esta edad podría meter los dedos al ojo de otro niño o tirar su cabello sin darse cuenta que este comportamiento le duele al otro. Para aproximadamente los 18 meses de edad, la niña podría aprender su propio nombre y reconocer su propia reflexión en un espejo. Podría intentar ayudar a su padre o madre al imitar sus acciones en recoger juguetes o barrer. A medida que los niños se acercan a los 2 años de edad, los padres observarán que sus hijos intentarán distanciarse de ellos. Se comprenderá por qué se dice que esta etapa se llama la de “NO”.

Los niños de dos años de edad insisten en independizarse. Parecen centrarse en sí mismos mientras aprenden poco a poco sobre el mundo más allá de ellos mismos. Muchos no quieren compartir cosas ni turnarse y puede que no jueguen fácilmente con otros. Se comportan de forma agresiva más frecuente y deliberadamente. Podría parecer que un niño niegue a hacerle caso a sus padres, y sin embargo imita exactamente los tonos de voz y las palabras de ellos al hablarle a otro niño o a su osito. Las emociones extremadas se presentan comúnmente. Un niño de 2 años de edad podría portarse peor con la persona de quien más se fía. Los límites que necesita para su propia seguridad, así como para respetar los derechos ajenos, podrían provocar berrinches. No obstante, el niño también podría ser un compañero entusiasta que expresa el cariño abiertamente.

- **Tercer año:** los niños de tres años frecuentemente están más dispuestos a estar separados de sus padres y disfrutan jugar con otros. Con ayuda, un niño podría desarrollar la capacidad de turnarse y de compartir cosas. Una niña podría hacer la cuenta de ser un personaje de un programa de



televisión o un cuento. Muchos niños de tres años evidencian marcadas diferencias de género sexual en sus actividades. Podrían aprender a resolver los desacuerdos menores con los compañeros de juego para que el juego pueda seguir en marcha. A esta edad muchos niños tienen amigos imaginarios. A veces, podrían necesitar ayuda para saber distinguir lo real de lo fantástico.

- **Cuarto y quinto año:** entre los 3 y los 5 años de edad, los niños frecuentemente gozan de estar con sus amigos tanto que quieren agradarles y ser como ellos. Puede que están más dispuestos a aceptar las reglas. Podría parecer que les importa lo que dicen y hacen sus amigos, más que las normas de sus padres. Necesitan que se les enseñe la diferencia entre tener accidentes y portarse mal a propósito, así como la diferencia entre una acción mala y una persona mala. Usualmente comprenden la diferencia entre lo real y lo imaginario. Muchos niños de esta edad evidencian tener empatía a otras personas. A esta edad, los niños empiezan a evidenciar un interés en las diferencias del género sexual y podría parecer que compiten con su progenitor del mismo sexo por la atención del otro progenitor.

## **El Desarrollo en el niño Síndrome de Down**

El síndrome de Down fue descrito por primera vez en 1866, por John Langdon Down; quien describió a un grupo de niños, que presentaban características físicas similares y retardo mental. Su primera denominación, hoy considerada incorrecta, mongólico, daba cuenta de su apariencia especial. “El síndrome de Down es un trastorno que supone una combinación de defectos congénitos, entre ellos, cierto grado de retraso mental, facciones características y, con frecuencia

problemas de salud. Es por ello que se lo conoce como un síndrome, es decir, grupo de enfermedades que ocurren juntas”<sup>15</sup>.

Existen tres formas genéticas del Síndrome de Down las cuales son:

- **Trisomía 21**
- **Traslocación**
- **Mosaicismo**

Los niños con Síndrome de Down pese a que en apariencia se parezcan y tengan todos ellos unas características físicas similares, no quiere decir que eso mismo se repita a nivel psicológico, ya que cada uno de ellos presenta notables diferencias, al igual que ocurre con el resto de personas consideradas como "normales" e incluso más. Es claro en este punto las diferencias que hay en aspectos como la temporalidad en cuanto a la capacidad de aprendizaje (cada niño aprende a hablar a un ritmo diferente de los demás, por ejemplo). Asimismo, tampoco podemos determinar de antemano la cantidad de conocimientos que pueden llegar a aprender. Es por esta razón que expertos, nos alertan de alguno de los peligros en los que se suele incurrir al referirse a estos niños y que debemos evitar, como es el de etiquetarles con los tópicos tradicionales, a partir de su aspecto.

“Los niños con Síndrome de Down, tal como todos nosotros pueden ser alegres o triste, agresivos o dóciles, audaces o tímidos. La alegría puede conducirles a la imitación, la tristeza puede volverse depresión y la agresión o docilidad puede convertirlos en una razón de vivir”.<sup>16</sup>

“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

---

<sup>15</sup> Epstein, Ch. The Morphogenesis of Down Syndrome. Editorial Wiley&Less, Nueva York 1991 Pág. 25

<sup>16</sup> García Escamilla, Silvia. El niño con Síndrome de Down. 4ta. Ed. Editorial Diana, México Pág. 54

diferencia estriba en que el desarrollo del lenguaje es más lento en estos niños y a menudo queda incompleto”<sup>17</sup>

## **Las emociones en niños Síndrome de Down:**

Las emociones cumplen tres funciones esencialmente:

1. “La vinculación del sujeto con los objetos del entorno, tanto los externos (personas, animales y cosas) como consigo mismo. Los sentimientos sirven para “atarse” a ellos mediante un “lazo” afectivo”<sup>18</sup>. Aquello por lo que se siente algo nunca es indiferente, nos sentimos unidos a ello. La relación madre-hijo es un buen ejemplo y en el caso de los niños con síndrome de Down, con frecuencia liberar ese nudo es aún más difícil, debido al enorme grado de implicación emocional que conlleva.
2. “La organización jerarquizada de la realidad. Ordenamos los objetos según nuestras preferencias y contrapreferencias, en función de lo que nos gusta y lo que nos disgusta”<sup>19</sup>. Esa organización es personal, completamente subjetiva, propia, singular y por tanto irreplicable, exclusiva de cada sujeto. Las personas con síndrome de Down tienen la suya propia, lo que les permite tener una experiencia vital única y valorar la realidad de acuerdo con parámetros personales.
3. “La expresión de las propias vivencias. Si el pensamiento se dice, el sentimiento se expresa. Se pueden manifestar en forma de síntomas introceptivos, sólo detectables por el sujeto que los experimenta y

---

<sup>17</sup> Cicchetti Y Beeghly. Children with Down Syndrome. Cambridge University Press Nueva York 1990 Pág. 66

<sup>18</sup> Castilla del Pino, Carlos Teoría de los sentimientos. Tusquets Editores. Barcelona. 2000 Pág. 54

<sup>19</sup> Iden. Castilla del Pino, Carlos Pág. 55.

extraverbales o exteroceptivos, visibles para los demás”<sup>20</sup>. Esta función ofrece la posibilidad de controlar e incluso simular los sentimientos. En el caso de las personas con síndrome de Down, se pueden dar dos situaciones extremas en la manifestación externa de los sentimientos: por exceso, cuando no se ha entrenado el autocontrol y por defecto, cuando sus limitaciones lingüísticas les dificultan la comunicación de sus sentimientos. En todo caso, su capacidad de simular emociones es menor que en personas sin discapacidad, por lo que suelen mostrarse más espontáneas en la manifestación de sus estados de ánimo.

## **Desarrollo de las capacidades emocional en niños con Síndrome de Down:**

En término de evolución las emociones cumplen funciones que son útiles en diferentes etapas del desarrollo humano. Por ejemplo, la autorregulación emocional es un funcionamiento vital para nuestra adaptación; esta función se ve afectada por varios factores, entre los que se encuentra el contexto social, el temperamento de la persona, el soporte externo de personas cercanas, etc.

“Gross en 1999 puntualiza que existen tres aspectos para definir el término “regulación emocional”, el primero se refiere a la diferencia entre las metas y estrategias”<sup>21</sup>. Esto es, lo que se regula en si, es la emoción con el fin de modificar o afectar algo más, por ejemplo, el comportamiento de otra persona. “El segundo hace referencia a que la emoción es multicomponencial, es decir, involucra aspectos como la conducta o la cognición”<sup>22</sup>, por lo tanto, la autorregulación emocional incluye cambios en uno o más de estos aspectos. Por último es necesario considerar que los procesos de autorregulación emocional se

---

<sup>20</sup> Op. Cit. Castilla del Pino, Carlos Pág. 57

<sup>21</sup> Morales Martínez, Guadalupe, López, Ernesto O. El Síndrome de Down y su mundo Emocional Editorial Trillas, S. A. de C. V, México 2006 pág. 28

<sup>22</sup> Op. Cit. Morales Martínez, Guadalupe, López, Ernesto O Pág. 28

caracterizan por diferentes niveles de conciencia. Por otra parte, la regulación de la emoción involucra la modulación de la duración y la intensidad de las respuestas en cualquiera de los dominios (cognitivo, conductual, etc.),

“Se a podido demostrar que es hasta los tres meses de edad que se inicia el desarrollo en las áreas afectivas y sociales, momento en el que se produce por largos periodos de tiempo y con intensidades mayores”<sup>23</sup>. Se ha comprobado que a los nueve meses de edad el niño Down mira y observa a su madre el doble de tiempo que el no Down, lo que se considera muy importante para fomentar una mayor unión o relación madre – hijo, cuidando por otra parte no fomentar la ampliamente para no retrasar nuevos desarrollo que se fomentan con el contacto visual.

Anteriormente se pensaba que debido al temperamento de los niños Down (que se referían como más tiernos, más amigables y más placidos) se favorece la unión o relación madre – hijo. Sin embargo, en la actualidad se ha podido demostrar que el temperamento de ellos es muy similar al de los niños no Down, excepción hecha de las variaciones que se presentan de niños a niñas. Es de hacer notar que en lo primero años de edad son más temerosos, menos emotivos y se sorprenden más fácilmente; pero con forme transcurren los años se incrementan sustancialmente sus respuestas afectivas, tanto las de agrado como las de desagrado.

“Se ha podido comprobar que si el niño Down tiene un buen tono muscular y no tiene cardiopatía congénita (malformación del Corazón) o es muy leve la interacción de los padres con él, es ligeramente más intensa y duradera que la de aquellos que tienen un tono muscular muy disminuido una cardiopatía congénita muy compleja o complicada”<sup>24</sup>. Lo anterior resulta de interés, toda vez que las actividades de estimulación que puedan recibir por sus padres son más eficientes con el niño, con mayor tono muscular.

---

<sup>23</sup> Jasso Guitierrez, Luis. El niño Down Mitos y Realidades. Editorial el Manual Moderno S.A. México 1991  
Pág.62

<sup>24</sup> Op. Cit. Jasso Guitierrez, Luis. Págs.62, 63

En general los niños Down como los no Down, cuando están en presencia de su madre y se aparece un extraño, tiene una actitud positiva hacia él. Sin embargo, si la madre se retira un instante el niño Down presenta una reacción de unión mayor, al momento en que ella se haga nuevamente presente. Por otra parte, si la persona extraña trata de establecer en ese momento una mayor relación con él, de inmediato presenta relaciones de desagrado y disminuye sustancialmente su lenguaje.

Se han observado hallazgos que indican que lo niños Down en relación con los niños normales se retrasan considerablemente en el inicio de la risa. Esta aparece alrededor de los nueve meses, su sonrisa social es de menos intensa y de menor frecuencia. Un dato interesante es que, a pesar de este inicio tardío y de una frecuencia baja, tales bebes si se ríen de ciertos motivos en el mismo orden en que los sujetos sin deterioro cognitivo lo hacían, esto es, primero se rieron de los motivos auditivos y táctiles intrusitos y solo depuse de los motivos sociales y visuales más sutiles. Que los niños con Down se retracen la aparición de la sonrisa y la risa indican una relación entre lo cognitivo y lo afectivo. Lo anterior se sustenta en el hecho que la edad a sonreír a los motivos sociales o visuales se relacionó fuertemente con las escalas que se utilizaron para medir el desarrollo mental y motor. Por otra parte, “en un estudio de seguimiento Spiker observo que algunos niños con Down también entraron en una fase parecida a los “terribles dos años” con una conducta de desafío y oposición. Este periodo de negativismo coincide con la aproximación del niño a la edad mental de dos años”<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Morales Martínez, Guadalupe, López, Ernesto O. El Síndrome de Down y su mundo Emocional Editorial Trillas, S. A. de C. V, México 2006 pág. 25

## PREMISAS

El desarrollo Emocional influye directamente en la evolución intelectual del niño, un desarrollo emocional poco satisfactorio puede tener incidencias en aspectos del desarrollo intelectual

La musicoterapia provee al niño de un espacio en el que pueda desarrollar actividades desde sus capacidades, en un encuadre que se centra más en éstas que en sus deficiencias.

Actúa sobre lo 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

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.

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.



# HIPÓTESIS

La influencia de la musicoterapia para potenciar y mejorar las capacidades emocionales de los niños y niñas con Síndrome de Down del aula No. 5 del Instituto Neurológico de Guatemala.

## Hipótesis nula

No existe relación entre musicoterapia y el mejoramiento de las capacidades emocionales.

## Hipótesis alterna

Existe relación entre musicoterapia y el mejoramiento de las capacidades emocionales.

## Variables, definición e indicadores

- **Variable Dependiente:** capacidades emocionales

**Capacidades Emocionales:** una emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. La vida implica naturalmente cierto grado indispensable de emoción, sin el debido control las emociones perjudican al ser humano, creándole tensión que entorpece su desarrollo y su vida.

### Indicadores:

- Motivación
- Creatividad
- Socialización

- Disfruta del contacto social
- Goza de la atención que se le presta
- Activo en clase
- Participativo
- Ordenado
- Amigable
- Tímido
- Disfruta estar con otros niños
- Curioso
- Participa con otros niños
- Feliz
- Amigable
- Cooperativo
- Cariñoso
- Amable

▪ **Variable Independiente:** Musicoterapia

**Musicoterapia:** desde el punto de vista terapéutico se considera que la musicoterapia es una disciplina paramétrica que utiliza el sonido, la música y el movimiento para poder producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación con el objetivo de emprender a través de ellos el proceso de entrenamiento y recuperación de los niños Síndrome de Down por la sociedad.

**Indicadores:**

- Tiempo de las sesiones
- Tipo de música utilizada
- Material
- Participación de las maestras
- **Técnicas de trabajo:**

- Improvisación libre
- Improvisación musical de Schmolzt
- Improvisación guiada
- Danza improvisada
- Improvisación musical con instrumentos no tradicionales
- Canto como técnica terapéutica
- Otras técnicas

## CAPITULO II

### DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

En esta sección describiremos las estrategias aplicadas durante el proceso de investigación, es decir, la manera en que alcanzamos los objetivos propuestos y verificamos la validez de las hipótesis de trabajo. Describimos detalles de nuestra muestra de la investigación, las técnicas de recolección de los datos, los instrumentos empleados,

**a. Población:** la investigación se realizó con los alumnos y alumnas Síndrome de Down, de segundo primaria, que asisten al Instituto Neurológico de Guatemala, el grupo estuvo compuesto por 9 niños, 6 hombres y 3 mujeres los cuales se encuentran entre las edades de 8 y 13 años, en su mayoría católica, un porcentaje es evangélica y otro porcentaje, no profesa ninguna religión. En su mayoría proveniente de la capital y sus diferentes zonas, la minoría es representada por personas de los municipios cercanos a la ciudad. La situación económica y social de la familia de los niños es de bajos recursos por lo que a través del Departamento de Servicio Social y el Departamento de Psicología donde evalúan la situación del niño, su acceso y ubicación para definir la cuota que pagará. Estas cuotas oscilan en precios módicos para el bolsillo del guatemalteco. La selección de los alumnos fue guiada por nuestros propios criterios en relación a la efectividad de la intervención temprana en estos niños. Al mismo tiempo se contó con la orientación de la Directora del establecimiento y la disposición de la educadora titular de los niños. Unas de las características conductuales de los niños fue su agresividad tanto consigo mismo como con los demás, la poca atención y participación en las actividades sobre todo en las grupales.

**b. Muestra:** se trabajó con un muestreo no aleatorio por conveniencia, ya que la población con la que trabajamos fueron solo niños que portaran el Síndrome de Down y que cursan el segundo año en el Instituto Neurológico de Guatemala.

**c. Técnica de recolección de datos:** la información cualitativa y cuantitativa necesaria para el trabajo de investigación se realizó mediante la utilización de las siguientes técnicas:

❖ **Entrevista Infantil:** esta técnica constó de una serie de preguntas las cuales nos ayudaron a indagar sobre la conducta habitual, comunicación, relaciones sociales y escolares de cada uno de los niños con los que trabajamos. Dicha entrevista se utilizó al inicio de nuestra investigación con la ayuda de la maestra titular y con los expedientes que tiene cada uno de los niños en la institución. El propósito de la misma fue recabar información para luego realizar la lista de cotejo de capacidades emocionales. (Ver anexo 2)

❖ **Lista de cotejo de capacidades emocionales:** consistió en un listado de aspectos a evaluar (habilidades, conductas, etc.), la cual se hizo en base a la entrevista infantil y la observación de los niños en el aula. La forma de evaluar la lista fue calificando las conductas o capacidades que se percibieron y con que frecuencia, por lo que se planteó la siguiente puntuación: 0 si no la presentaba, 1 si algunas veces la presentaba, 2 si era frecuente y 3 siempre la presentaba.

A todos los niños se les pasó dicha lista antes de comenzar el estudio y al finalizarlo, para luego hacer una comparación cuantitativa de los cambios que tuvieron, durante las sesiones de musicoterapia. (Ver Anexo 3).

❖ **Sesiones de trabajo:** las intervenciones musicoterapéuticas fueron llevadas a cabo en el aula número 5 del Instituto Neurológico, con un grupo

de 9 alumnos, todos portadores del Síndrome de Down. Las intervenciones se realizaron durante los meses de junio y julio del año 2008 con una frecuencia de dos veces por semana con 1 hora de duración.

Con el propósito de brindarles un marco de seguridad y contención afectiva, las sesiones siguieron una secuencia predefinida que le permitió al niño anticipar las secuencias y procedimientos empleados. Las sesiones se caracterizaron tanto por el trabajo grupal como el individual. Las secuencias de las sesiones fue:

- Bienvenida y presentación
- Trabajo grupal e individual
- Despedida (Ver Anexo 4)

**d. Técnicas de trabajo:** 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 de los niños, 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 niño con Síndrome de Down 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.

En el caso específico del proceso psicoterapéutico desarrollado en la presente intervención se empleó el Método de Musicoterapia Creativo, que se orientó a estimular el desarrollo del niño en las áreas de comportamiento, comunicación, socialización y cognitiva. Para ello se emplearon las siguientes técnicas:

- Improvisación libre

- Improvisación musical de Schmolz
- Improvisación guiada
- Danza improvisada
- Improvisación musical con instrumentos no tradicionales
- Canto como técnica terapéutica

**f. Técnicas de análisis estadístico, descripción e interpretación de datos.**

- **Análisis cuantitativo:** se utilizó la estadística descriptiva, ya que se resumió, ordenó, clasificó y se tabuló la información de manera adecuada. Se utilizaron las técnicas de porcentajes.
- **Análisis cualitativo:** esta técnica se utilizó para poder describir las diferentes conductas, emociones, etc., que cada uno de los niños presentó, antes, durante y al finalizar las sesiones de musicoterapia.



# CAPITULO III

## PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El trabajo de campo se llevó a cabo en el Instituto Neurológico de Guatemala, la muestra consistió en la participación de 9 niños, de entre los 8 y 13 años de edad cronológica.

Las herramientas que se utilizaron para llevar a cabo este trabajo fueron, la observación y una entrevista la cual sirvió como base para poder realizar una lista de cotejo de las capacidades emocionales de los niños, dicha lista nos ayudó para poder evaluar y cumplir con los objetivos planteados.

Los niños que fueron protagonistas de la presente investigación, tienen varios factores en común:

- Presentan Síndrome de Down
- Agresivos
- Con poca atención, conducta antisocial y problemas de aprendizaje
- Están ubicados en un intervalo de 8 a 13 años de edad
- Presentan entre sus cualidades un gran gusto por la música y sobre todo por los instrumentos musicales.

Describimos a continuación los principales antecedentes clínicos de cada uno de los niños que representaron la muestra escogida para nuestra investigación:

## CASO 1

Alumno masculino de 9 años de edad cronológica, nacido el 16 de Mayo de 1999, hijo único, con un embarazo de 38 semanas de gestación. El parto fue con cesárea de urgencia por desprendimiento de placenta. Al mes de vida fue operado debido a una cardiopatía por lo que permaneció 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.

Su nivel de independencia personal es mínima, requiriendo ayuda en todas las actividades de la vida diaria.

Se aprecia en él hipotonía muscular, lo que le dificulta mantenerse mucho tiempo de pie. Presenta escaso contacto visual, el nivel de atención sobre los objetos es muy bajo, se observa poca intención comunicativa y falta de conducta imitativa. Ingresa al centro de educación especial a los 4 años de edad. Es un niño con muy poca participación en las actividades dentro del salón de clases, sin iniciativa, y no le gusta trabajar en grupo. Algunas veces llega a ser agresivo consigo mismo. Por lo regular juega solo.

Al principio de las sesiones no prestaba atención y muy poca socialización, por lo cual se mostraba poco cooperativo y amable. Conforme fueron avanzando las sesiones se logró la mejora de estas conductas notablemente, su atención y memoria aumentaron; finalmente podemos constatar que su proceso de socialización fue mejorando, al punto que en la evaluación final lograba integrarse mejor con sus compañeros y platicaba con ellos.

## CASO 2

Alumno masculino de 9 años de edad cronológica, nacido el 25 de Julio de 1998. El embarazo y parto fueron normales, su lactancia materna fue hasta el mes de vida. A los 4 meses fue operado del riñón y aún continua en tratamiento, al año presentó una bronconeumonía con hospitalización. Logró la marcha y la adquisición de algunas palabras a la edad de 4 años; y su lenguaje es pobre. Vive con ambos padres y hermanos de 15, 11 y 5 años. Es un niño muy curioso y vivaz.

Manipula objetos, posee cualidades lúdicas, emite sonidos y demuestra intención comunicativa. Ingresó al centro de educación especial a los 4 años de edad. Es un niño con problemas de indisciplina ya que no le agrada trabajar en grupo, se distrae fácilmente, juega a menudo solo. Por lo regular sabe expresar sus sentimientos, especialmente cuando se encuentra molesto.

Al inicio de las sesiones se mostraba poco colaborador, tímido, no le gustaba el trabajo en grupo, su lenguaje era muy pobre, muy poco activo en la clase. Conforme pasaron los ensayos las conductas mejoraron en un 70%, sobre todo en las relaciones con sus compañeros, por lo empezó a ser más amigable y cooperativo con todos, mucho más cariño y por lo mismo empezó a disfrutar más del contacto con otras personas.

### **CASO 3**

Alumna femenina de 12 años de edad cronológica, nació 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 hospitalizada 4 meses. Logró la marcha a los 2,7 años y comenzó a decir algunas palabras a los 3 años. Vive con la madre, hermana menor y padrastro que legalmente es el padre.

Ocasionalmente manifiesta a través de gestos su necesidad de ir al baño. Ingresa al centro de educación especial a los 5 años de edad. Demuestra curiosidad por su entorno, obedece órdenes simples y posee conducta imitativa. La mayoría de veces prefiere jugar sola, ya que posee muy poca iniciativa, disfruta cuando se le presta atención.

Durante las sesiones de musicoterapia se logró que desarrollara un interés notorio hacia los instrumentos, lo cual ayudó a mejorar sus conductas comunicativas, y con ello a disfrutar más el contacto de sus compañeros y las demás personas. Su atención tanto en clase como en las sesiones de musicoterapia mejoró considerablemente.

#### **CASO 4**

Alumna femenina de 9 años de edad cronológica, nacido 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. Logró la marcha al año de vida, y a los 2,8 controló 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 5, 12 y 13 años. Ingresó por primera vez a estudiar a los 3 años de vida a un jardín infantil, luego fue trasladada para el centro de educación especial. Aun le cuesta nombrar objetos familiares, su lenguaje es pobre, si tiene buena imitación de sonidos y gestos, lo que demuestra una intención comunicativa. Es una niña muy cariñosa, que goza del contacto social.

Al principio de las actividades se mostró rebelde y no quería participar, aunque al finalizar los 2 meses de sesiones fue una de las mejores al aprender las canciones. Disminuyó su actitud de rebeldía y mejoró la participación en las actividades.

#### **CASO 5**

Alumno masculino de 11 años de edad cronológica, nacido el 12 de octubre de 1996. Vive con padres adoptivos desde los 3 años, antes permaneció internado en el hospital con desnutrición grave y cardiopatía, en situación de abandono de los padres biológicos que tenían antecedentes de alcoholismo. Fue operado de cardiopatía y ha presentado reiteradas neumonías, en el año 2001 se le implantan aparatos especiales en los oídos debido a una pérdida auditiva. A los 5 años y 10 meses logró la marcha, a los 7 años comenzó a emitir vocablos simples y nombrar objetos familiares. Ingresó al centro de educación especial a los 9 años de edad, este niño tiene muy poco contacto visual, a menudo llega a ser agresivo con otros niños, por lo que regularmente juega solo.

En la observación de las primeras sesiones se apreció un bajo nivel de contacto e interacción con nosotras. No era capaz de fijar la atención. Era un niño muy poco participativo, tímido y muy poco activo en las actividades de clase.

Durante el transcurso de las sesiones se logró que su comunicación por medio de sonidos mejorara, ya que al cabo de la sexta sesión ya podía nombrar algunos objetos así como lograr un contacto social mucho mejor que al principio. Logró acoplarse a las actividades de grupo y ser más participativo.

## **CASO 6**

Alumna femenina de 11 años de edad cronológica, 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 años. Vive con ambos padres y dos hermanos de 17 y 23 años. La madre señala que la niña es querida por el grupo familiar, el padre es obrero de una fábrica de calzado y la madre dueña de casa. Comprende órdenes simples, identifica objetos y desarrolla juegos simples. Sonríe con refuerzo afectivo, es tímida y posee un buen potencial de aprendizaje. Ingresó al centro de educación especial a los 7 años de edad. Es una niña muy expresiva que disfruta de la atención que se le presta, le gusta participar en grupo, muy amigable.

Al principio de las sesiones era una de las que menos atención prestaba y no le gustaba interactuar con los demás niños, lo que ocasionaba problemas en el aula, muchas veces presentaba rebeldía, así como atención corta e hiperactividad. Durante las sesiones se logró que prestara más atención y mejorara su relación con el grupo.

## **CASO 7**

Alumno masculino de 11 años de edad cronológica, nacido el 14 de Mayo de 1996. Fue un embarazo no deseado de madre adolescente, de 35 semanas de gestación, el parto fue por cesarí a con complicaciones de asfixia, por lo que fue internado por 2 semanas, no recibió leche materna. Logró la marcha a los 2,3 años y comenzó a desarrollar su lenguaje a los 2,1 años. Durante la tarde es cuidado por la abuela materna ya que la madre trabaja. La madre señala que no tiene tiempo de estar con su niño ya que la mayoría del tiempo trabaja, por ser madre soltera. Es un niño que presentaba problemas de inseguridad, por lo que se le dificultaba el poder trabajar con el grupo y la mayoría de veces tendía a jugar solo, no disfrutaba del contacto con otras personas, se distraía fácilmente, presentaba agresión – pasiva. Muy poco colaborador.

Con el transcurso de las sesiones se vio una gran mejoría en su desenvolvimiento social, participando más espontáneamente en las actividades grupales, y teniendo un poco más de iniciativa propia.

## **CASO 8**

Alumno masculino de 10 años de edad cronológica, nacido el 29 de abril de 1997, embarazo complicado con amenazas de aborto, nació por medio de cesarí a a las 33 semanas, fue internado por 10 días ya que nació con bajo peso y con ictericia, logró la marcha a los 2 años, su lenguaje inició al 1,3 meses, vive con sus padres y 3 hermanos de 19, 17 y 16. La madre refiere que tienen buena relación, aunque el padre aun no acepta el problema de su hijo. A los 4 años fue llevado a una guardería, luego a los 7 años fue ingresado al centro de educación especial. Es un niño, que algunas veces tiene conductas agresivas, por lo regular cuando hay personas que él no conoce bien, se distrae con facilidad, algunas veces es tímido.

Presentaba al principio conductas agresivas tales como: insultar, golpearse, poca atención y por lo general causaba problemas de indisciplina en la clase, por lo que muchas veces le era difícil integrarse al grupo. A través de las sesiones pudimos determinar que fue mejorando notablemente, sin embargo persistía sus problemas de autoridad ya que siempre quería hacer lo que él quería. Finalmente esta conducta fue reducida, ya que las sesiones de musicoterapia le ayudaron a modificar su conducta.

## **CASO 9**

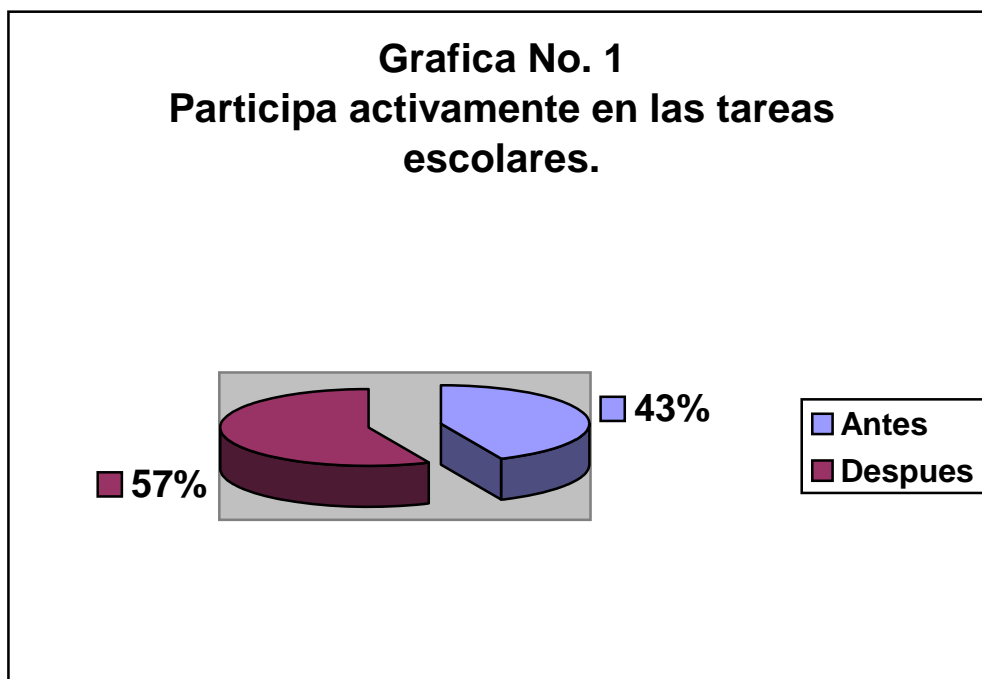
Alumno masculino con 13 años edad cronológica, nació el 27 de julio de 1995, madre de 43 años con embarazo y parto normal, inicia la marcha a las 2,5 años y su lenguaje a los 2 años. Algunas veces no controla esfínteres. Demuestra curiosidad por su entorno, obedece órdenes simples y posee conducta imitativa. Actualmente vive con una tía ya que la madre vive en otro departamento con su esposo y otro hijo. Ingresó al centro de educación especial a los 5 años de edad, es un niño cariñoso, no le gusta estar solo, algunas veces es tímido por lo que se le dificulta trabajar en grupo.

Durante las sesiones se pudo observar la curiosidad que mostraba por los instrumentos, por los sonidos que emitían, disfrutaba de las canciones y ponía mayor atención en las actividades, lo cual ayudó para que pudiera incorporarse al grupo, mejorando la participación en clase y el trabajo grupal.



## RESULTADOS CUANTITATIVOS

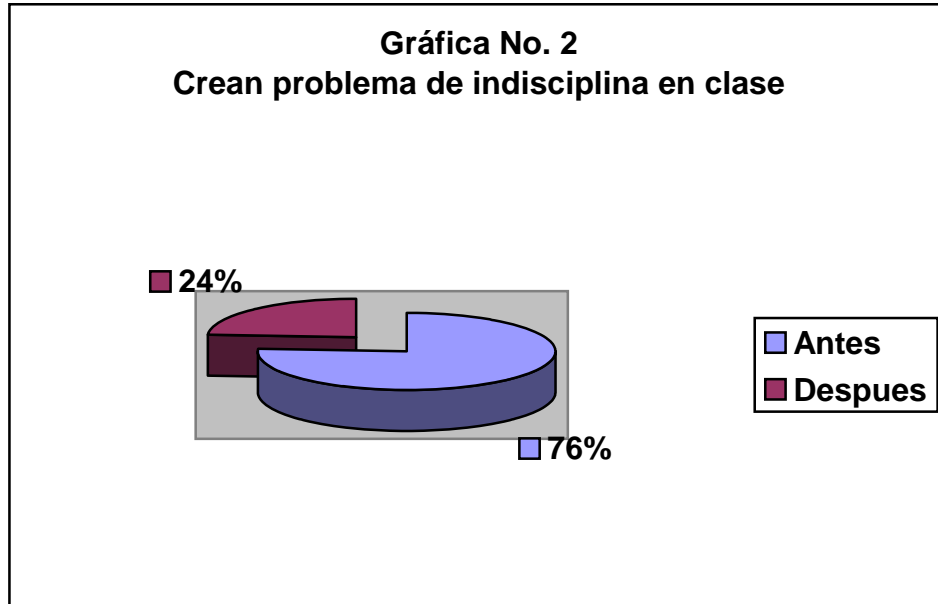
### GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

La presente gráfica No. 1 se refiere a la participación activa en las tareas escolares. Al iniciar el programa de musicoterapia los niños eran muy poco participativos ya que mostraban poco entusiasmo al realizar las tareas escolares. Al finalizar el programa de musicoterapia nuestra gráfica muestra un incremento favorable, observando que los niños son más activos en clase, más creativos, cooperativos y curiosos.

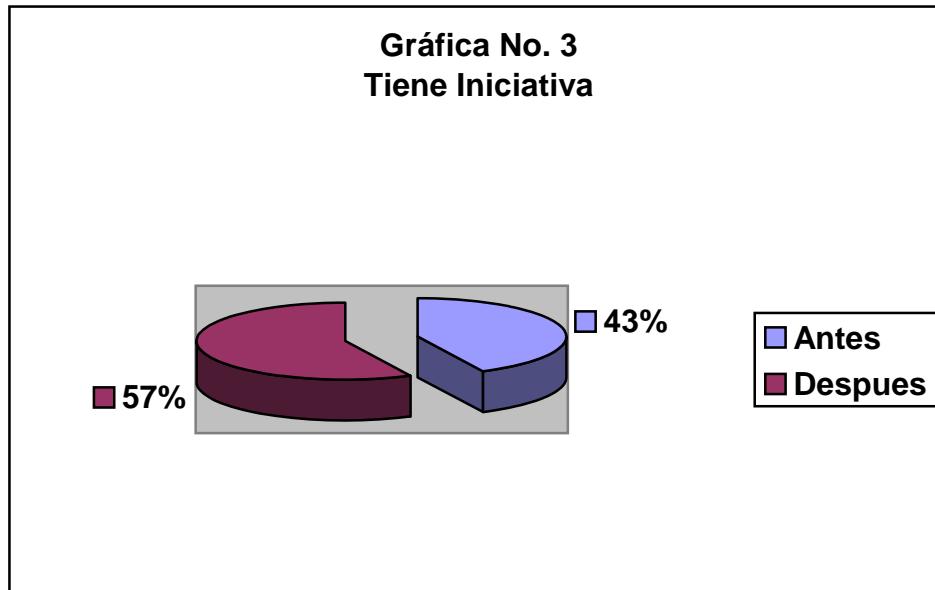
## GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

La gráfica No. 2 hace referencia a los problemas de indisciplina que los niños muestran en clase; al inicio del programa de musicoterapia, los niños se comportaban tímidos, desordenados en las actividades, no cooperaban al darse las instrucciones, por lo consiguiente no disfrutaban de las actividades de clase. Con el transcurso de las actividades dichas conductas fueron cambiando y al finalizar el programa de musicoterapia observamos cambios tales como motivación y entusiasmo al realizar las actividades con los instrumentos, creatividad al realizar los juegos, cooperación al dar las instrucciones y disfrutaban compartir con sus compañeros de clase.

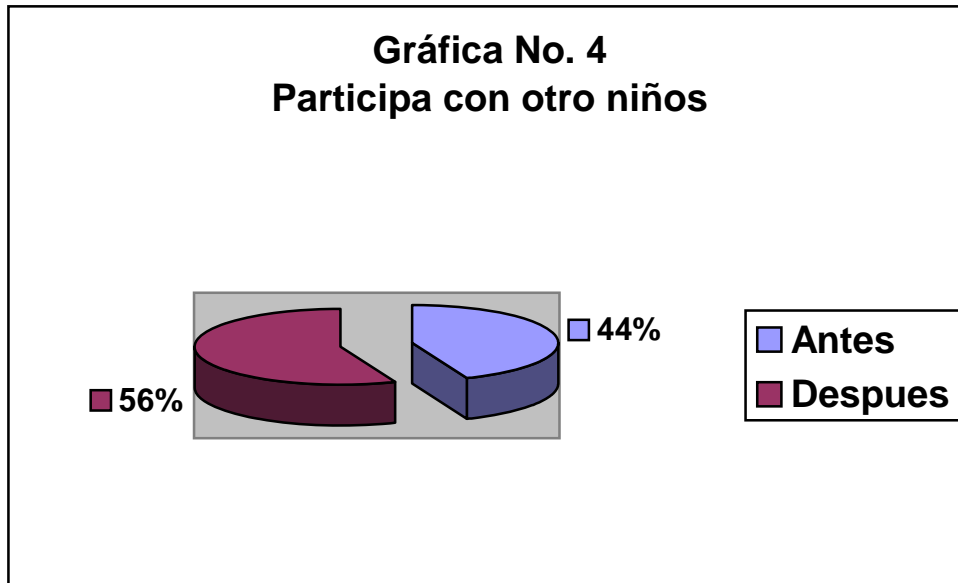
## GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

La gráfica No. 3 corresponde a la iniciativa que los niños presentan, dando un resultado significativo, puesto que al iniciarse el programa de musicoterapia era escasa, debido principalmente a la timidez, y la falta de estimulación que han recibido. Al finalizar el programa de musicoterapia se notaron los cambios mostrando así un incremento del 67%.

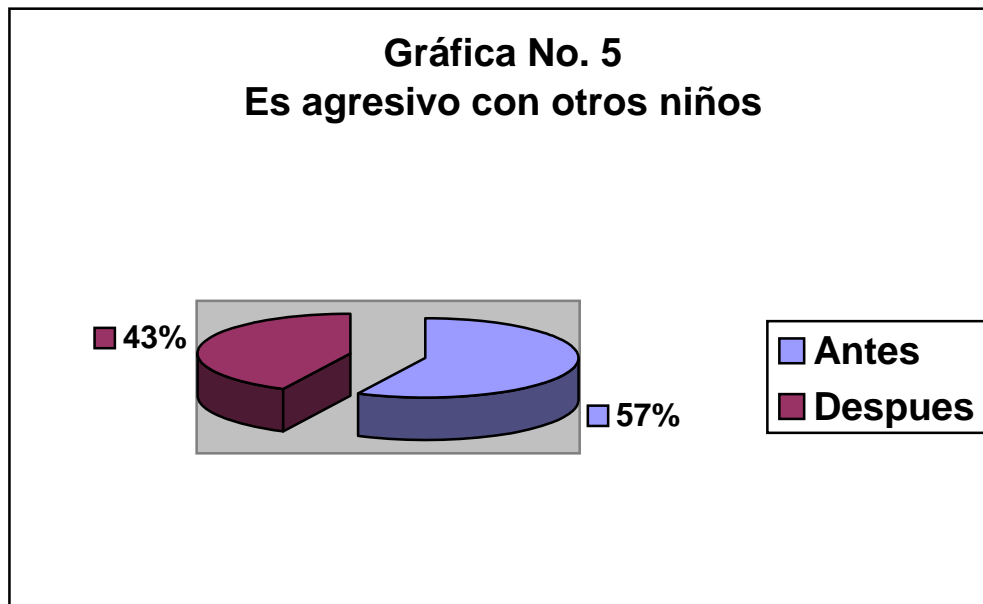
## GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

La gráfica No. 4 se refiere a la participación con otros niños; según los resultados se puede apreciar que al inicio del programa de musicoterapia dicha participación está deteriorada debido a la falta de estimulación, por lo que la mayoría de tiempo jugaban o trabajaban solos. Al finalizar el programa de musicoterapia se puede evidenciar los cambios, se mostraron participativos, creativos y disfrutaban las actividades de grupo.

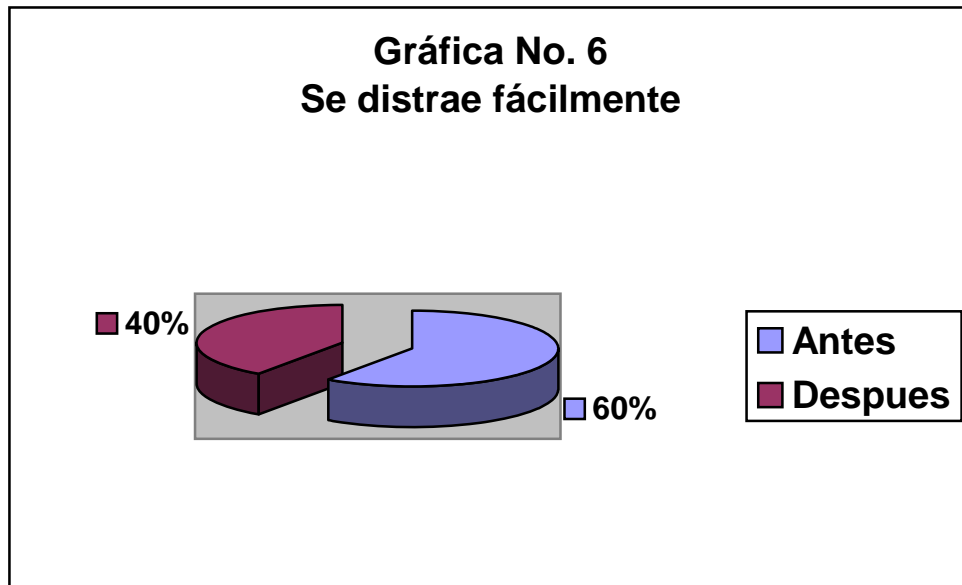
## GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

La gráfica No. 5 se ilustra la % de conductas consideradas agresivas al inicio y al final del programa de musicoterapia. Al inicio del programa de musicoterapia los niños rivalizaban entre sí para obtener la atención de las terapeutas lo cual hacía que se agredieran mutuamente, al finalizar el programa de musicoterapia observamos que se encuentran más relajados, hay menos rivalidad entre los niños por lo cual se tornaron menos agresivos, dichos cambios influyó positivamente en el trabajo grupal.

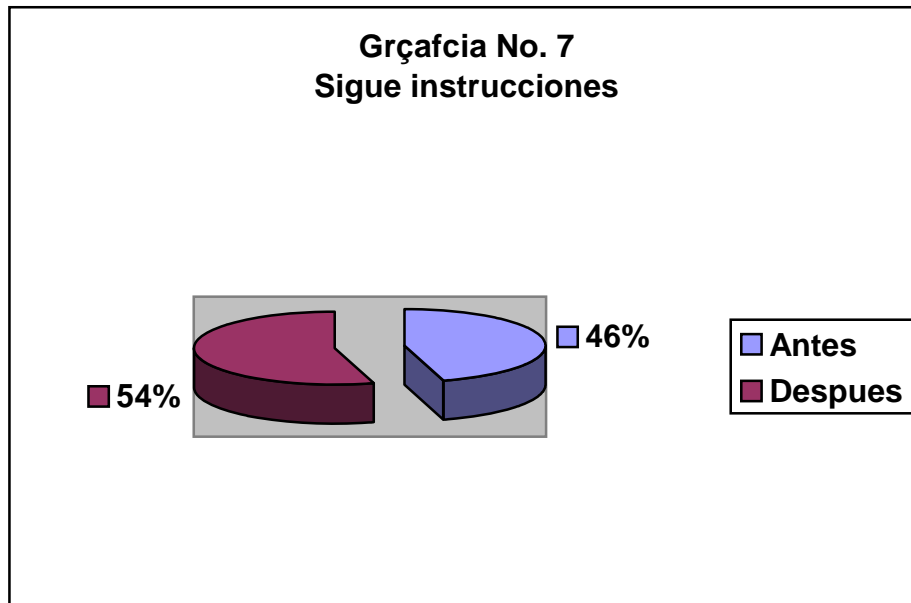
## GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

En la gráfica No. 6 se presenta información acerca de la capacidad de atención que presentaban los niños; al inicio del programa de musicoterapia se comportaban con muy poco interés, mostraban su apatía incomodidad realizando otras cosas o simplemente no haciendo nada durante las sesiones; notando un cambio positivo al finalizar el programa de musicoterapia, observamos que los niños prestan más atención son más activos y disfrutan trabajar con sus compañeros.

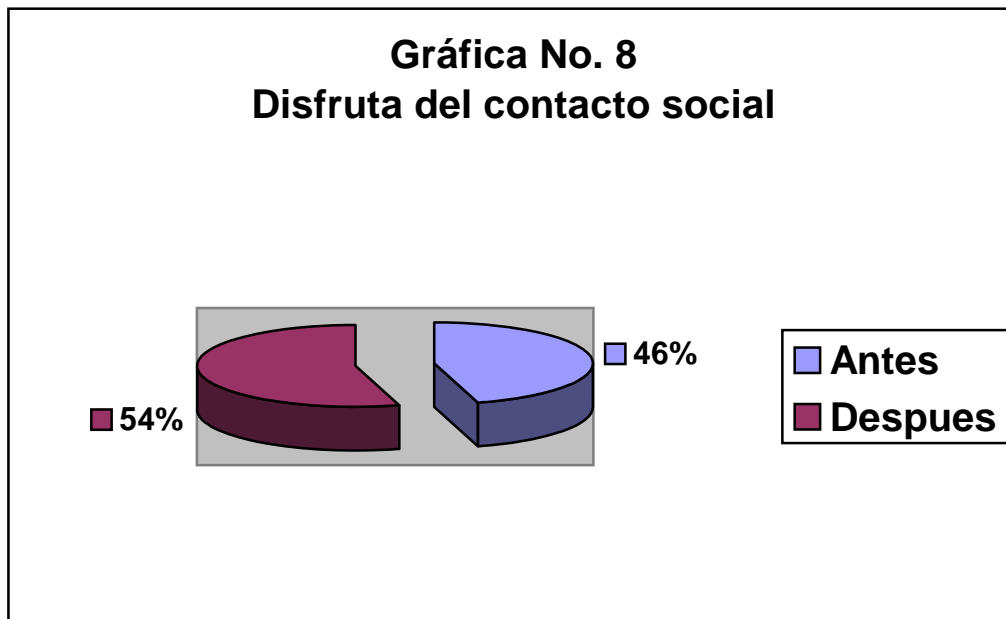
## GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

La gráfica No. 7 presenta información sobre la capacidad de los niños para seguir instrucciones. Al inicio del programa de musicoterapia los niños mostraban mayor dificultad en entender las instrucciones que se le daban, en ocasiones no lográbamos que las siguieran. Al finalizar el programa de musicoterapia los niños se mostraban más interesados, animados y participativos en cada una de las actividades que se realizaban.

## GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN

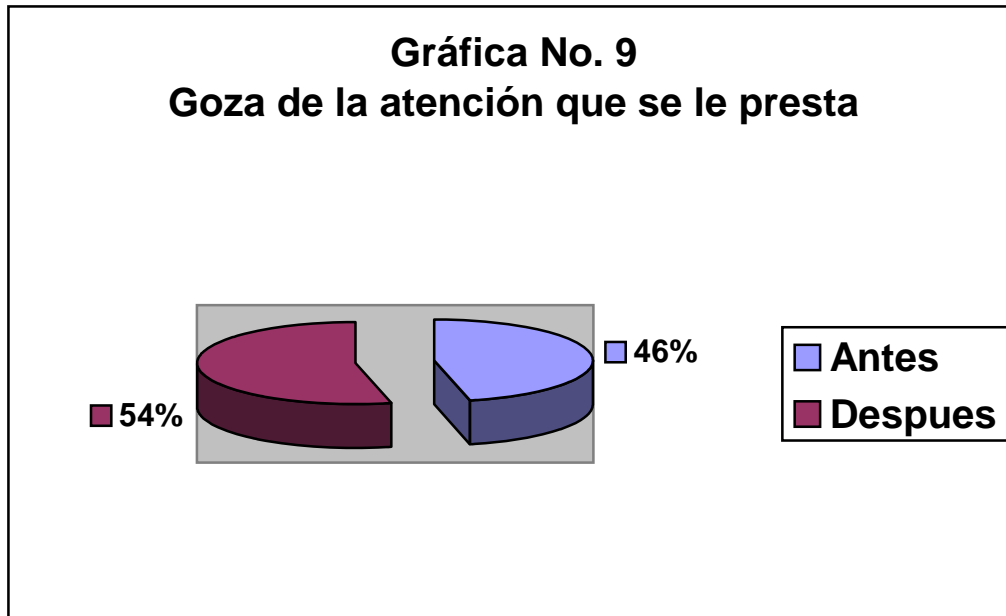


**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

La gráfica No. 8 se refiere al disfrute del contacto social; al inicio de la aplicación del programa de musicoterapia los niños se comportaban tímidos, algunos se mostraron poco cariñosos, y algunos niños se aislaban. Al finalizar el programa de musicoterapia observamos que se muestran más amigables felices en las actividades que realizan y principalmente disfrutan más de las actividades grupales, como cantar, bailar y sobre todo hacer la mímica de las canciones.



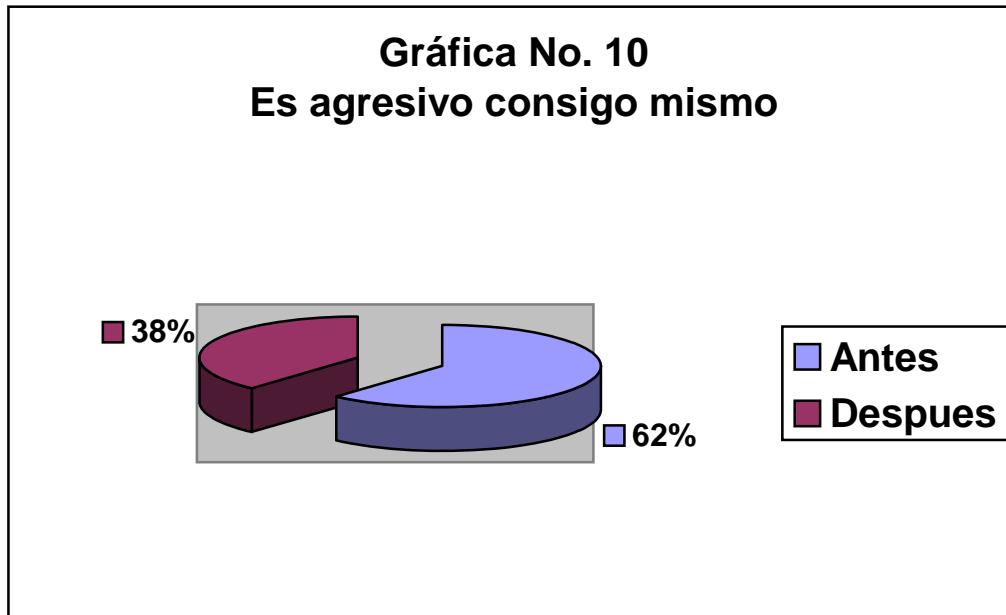
## GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

En la gráfica No. 9 se presenta información sobre la capacidad de los niños para responder (disfrutar) de la atención que se le presta. Al inicio de la aplicación del programa de musicoterapia, la mayoría de los niños fueron cariñosos y gozaban de la atención que se les prestaba, aunque uno de los obstáculos que se presentó, fue que los niños rivalizaban por obtener nuestra atención, lo cual dificultaba el trabajo grupal. Al final del programa de musicoterapia, se disminuyó la rivalidad, lo cual hizo que se disfrutara más de las actividades y la atención que se les prestaba.

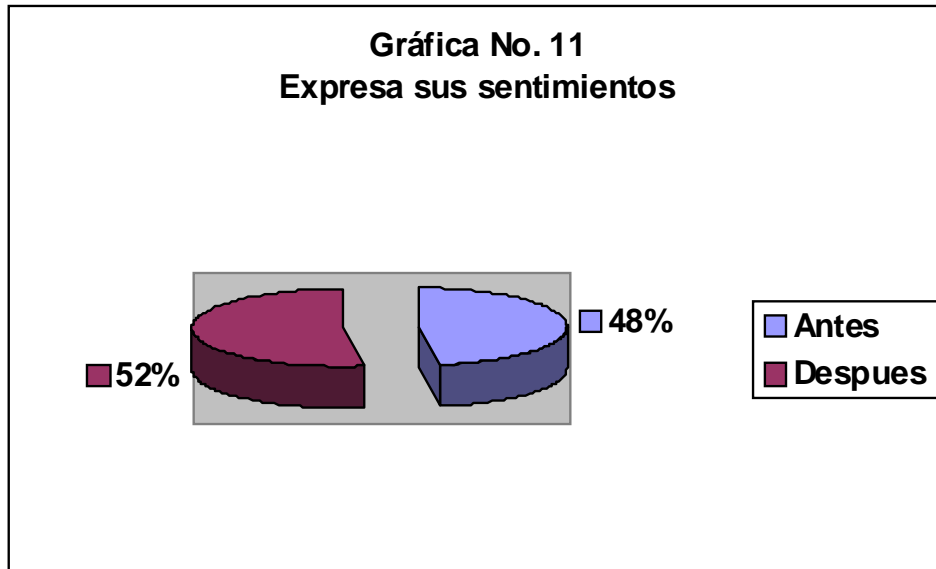
## GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

La gráfica No. 10 muestra la agresividad que tenían los niños consigo mismos. Al iniciar la aplicación del programa de musicoterapia algunos niños presentaban conductas tales como golpearse, jalarse el pelo y morderse las manos. Al finalizar el programa de musicoterapia observamos mínimas manifestaciones agresivas consigo mismo, los niños se mostraban más tranquilos y lo más importante es que disfrutaban las actividades de musicoterapia.

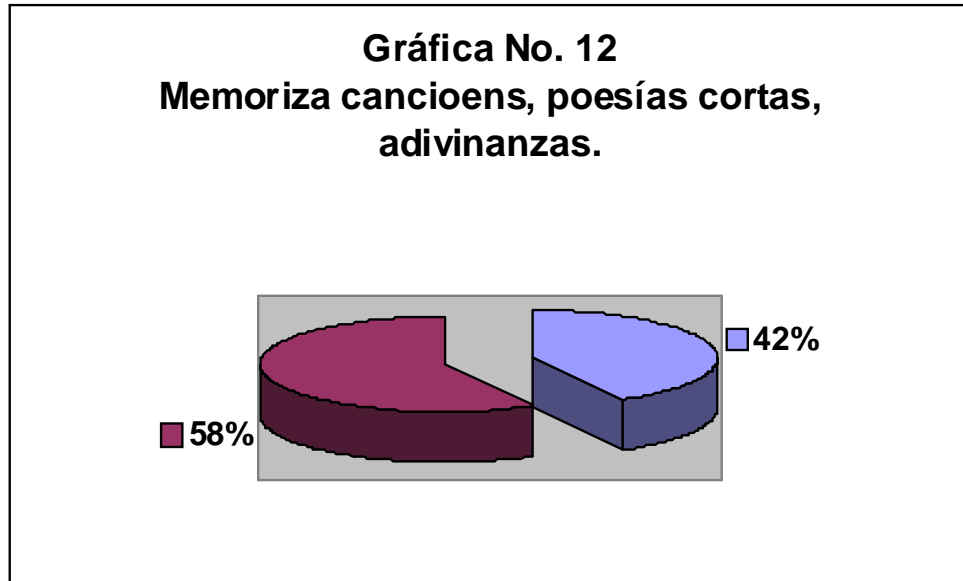
## GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

La gráfica No. 12 se refiere a la expresión de sentimientos de los niños. Recordando que la personalidad recoge los patrones típicos de conducta que caracterizan a los niños, de ahí que encontramos niños impulsivos y reflexivos, sociables y reservados, tímidos e inquietos, introvertidos y extravertidos. Al iniciar la aplicación del programa de musicoterapia observamos que una de las dificultades que presentaban los niños era la poca comunicación lingüística lo cual limitaba la expresión de las propias emociones, esto no quería decir que ellos no tuvieran o sintieran alguna emoción. Sino que lo expresaban de una forma no verbal, como el no prestar atención, causar indisciplina en el aula durante las actividades de musicoterapia, con el transcurso de las sesiones nos fuimos dando que presentaron una mejoría en el rendimiento de las clases, ya que prestaban, más atención, se mostraron más cooperativos y mostraban más interacción social.

## GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

La gráfica No. 12 se refiere a si los niños memorizan canciones, poesías cortas, y adivinanzas. Al iniciar la aplicación del programa de musicoterapia a los niños se les dificultaba ya que su lenguaje y la falta de estimulación era muy pobre, al finalizar el programa de musicoterapia se observó el cambio ya que aunque con dificultad en la pronunciación lograron memorizar una pequeña canción llamada “relojes”, la cual la acompañábamos con el tambor todos juntos. Esta canción nos permitía jugar con contrastes: relojes grandes (lento), relojes pequeños (un poco más rápido) y relojes muy pequeños (más rápido). Otra canción que usamos fue “toro, toro jil”, en la que la letra invita a gritar en el final

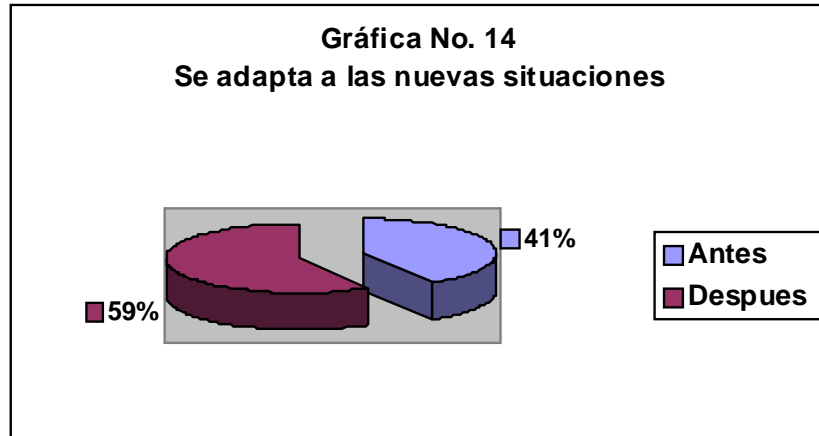
## GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

La gráfica No. 13 se refiere a la participación espontánea de los niños en las conversaciones de grupo. Al iniciarse la aplicación del programa de musicoterapia la mayoría de los niños se mostraban tímidos, y por lo general trabajaban solos, no les gustaba participar en las actividades grupales. Durante la aplicación del programa de musicoterapia, se fue mejorando notablemente la participación de los niños en grupo. Al finalizar el programa esta área fue donde más se notó la diferencia ya que el trabajo en grupo se hizo más fácil, se observó a los niños, más sociables, más cooperativos, participativos y disfrutaban de las actividades, como, la danza, en la cual aprendieron a interpretar melodías específicas por ejemplo “las estaciones”, las cuales se reprodujeron creativamente con el cuerpo y el uso de pañuelos con los cuales se simulaba el mar, el viento, el fuego y la nieve.

## GRAFICAS DE REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN



**FUENTE:** Datos obtenidos según el registro de Capacidades Emocionales hecho antes y después de la realización del proyecto de Musicoterapia a los niños con Síndrome de Down del Instituto Neurológico de Guatemala.

La gráfica No. 14 se refiere a la adaptación de los niños a nuevas situaciones; al inicio de la aplicación del programa de musicoterapia los niños se presentaban inquietos, por lo que se formaba un desorden en clase, debido a que ellos estaban acostumbrados a trabajar en base a la imitación, y nuestro programa tubo más libertades de expresarse, por lo que al finalizar la aplicación del programa de musicoterapia, se adaptaron muy bien, tanto a las actividades como a nuestra presencia. Demostrando más orden, respetando turnos, participando espontáneamente y principalmente dejaron de rivalizar y agredirse entre si para obtener la atención de las terapeutas.

## ANÁLISIS CUALITATIVO

En nuestra investigación se empleó la musicoterapia con el doble propósito de estimular las capacidades emocionales de los niños con síndrome de Down, y desarrollar un vínculo afectivo que les devolviera una imagen positiva de sí mismo. Se buscó 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 nos centramos en las áreas sanas de los niños, evitando la visión de déficit, sin tomar en cuenta el cociente intelectual y edad social, y viendo a cada niño como miembro del grupo, como un ser humano susceptible de crear y expresarse artísticamente.

Los niños con Síndrome de Down poseen capacidades emocionales 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, nuestro proyecto se enfocó tanto al descubrimiento y desarrollo de éstas capacidades emocionales, 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

El proyecto permitió conocer un poco más sobre los niños con Síndrome de Down, y sus capacidades emocionales, las cuales cumplen tres funciones esenciales:

- ❖ La vinculación
- ❖ La organización jerarquizada de la realidad
- ❖ La expresión de las propias vivencias

En base a esas funciones emocionales y trabajando conjuntamente con las técnicas que ofrece la musicoterapia, así como el método activo para la aplicación de la misma, trabajamos con los niños con Síndrome de Down, un periodo de dos meses, con una frecuencia de una sesión semanal de una hora de duración.

Para el desarrollo del programa de musicoterapia se contó con varios instrumentos que facilitó el colegio como: pandeetas, tambores, flautas, maracas y claves. Además por parte de las investigadoras se contó con un piano.

El espacio físico otorgado por el colegio para la realización de la experiencia produjo enormes dificultades, ya que al iniciar el programa de musicoterapia se nos ubicó en un salón de clases con lo cual tuvimos algunos problemas, puesto que al trabajar la técnica de improvisación libre principalmente el salón se volvía un solo desorden, así como la falta de atención, ya que habían muchos distractores. Otra dificultad afrontada al inicio del programa de musicoterapia fue la integración del grupo, los niños se mostraron inquietos, no respetaban turnos, no seguían las instrucciones, con poca expresión verbal, al igual que su capacidad creativa, aún cuando mostraron un gran interés por los instrumentos y tendían a imitar lo que las terapeutas realizaban.

Los niños al principio del programa de musicoterapia rivalizaron entre sí para obtener nuestra atención y muchas veces se agredían mutuamente, lo que dificultó el desarrollo de las sesiones.

Las actividades de las sesiones se fueron realizando de una forma gradual, es decir de menor a mayor dificultad, es por ello que se inició con la **técnica de improvisación libre**, la cual consistió en dejar los instrumentos a disposición de los niños para que los fueran conociendo libremente. Luego se trabajó con la **técnica de improvisación guiada**, en la que los niños tenían que seguir instrucciones tales como, realizar los diferentes ritmos en el instrumento escogido por la terapeuta.



Durante las sesiones se observó que mostraron curiosidad por los instrumentos musicales, sus sonidos y formas, disfrutaron de las melodías y ponían atención a las canciones, principalmente las que su letra invitaba a gritar o golpear más fuerte el instrumento, como por ejemplo la canción de “Relojes” que permitió realizar un ejercicio que implicó simultaneidad entre la canción y percusión. Otra canción que les gustó mucho fue “La ranita” la cual los hacía gritar fuerte y correr. Asimismo, tenían interés por relacionarse con las terapeutas, incluso los niños más tímidos.

A partir de la tercera sesión los niños desarrollaron una mayor pertenencia grupal, y se articularon en torno al tambor, instrumento que más les gustó, con ello se puso de manifiesto una de las funciones de las emociones, en la cual ellos organizaron y jerarquizaron los instrumentos según sus preferencias. Además, lograron adecuarse a las instrucciones, luego de una serie de ejercicios con la **técnica de improvisación guiada**. Esta técnica implicó la ejercitación de los niños en la reproducción e imitación de diferentes cadencias rítmicas, tanto con instrumentos rítmicos como con canciones.

Así mismo se aplicó la **técnica de canto en forma terapéutica**, improvisando con algunas canciones que eran más conocidas por los niños, por ejemplo “un elefante”, “payasito”, “pimpón”, “arroz con leche”, etc. Otra técnica empleada fue la **danza improvisada** con música grabada con la cual se motivó la libre expresión corporal. También utilizamos melodías específicas por ejemplo “las estaciones”, “los colores”, para reproducir creativamente con el cuerpo y el uso de pañuelos con los cuales se simulaba el mar, el viento, el fuego y la nieve.

Se realizaron actividades basadas en el **método de musicoterapia pasivo**, que permitió el dibujo grupal teniendo música instrumental de fondo, este método se orientó básicamente a la relajación del grupo.

Un cambio importante se produce a partir de la novena sesión, los niños no sólo fueron capaces de memorizar una canción corta, sino que también reconocieron la mayoría de los instrumentos que se utilizaron. Por consiguiente el respeto de los turnos, demuestra un mayor grado de seguridad interna y de confianza en las terapeutas, lo cual muestra nuevamente las funciones de las emociones, con ello se inició un proceso de creación de vínculos sociales y afectivos. Dichos cambios mostraron el uso del modelo teórico conductista de musicoterapia, el cual menciona que es eficaz cuando mejora visiblemente la o las conductas de los niños.

Después de haber compartido con ellos este espacio se observó que cada niño aportó de manera positiva al grupo, este se sintió cohesionado, entre ellos surgieron vínculos y afectos, la música grupal se tornó más dinámica y expresiva, y con el tiempo más organizada, creativa, explosiva, diferenciada; lograron combinar y hacer uso de varios elementos entre ellos la voz, lo cual ayudó para desarrollar sin mayores contratiempos una sesión de musicoterapia.

La música fue la protagonista principal en todo este proceso, traemos a lugar entonces el pensamiento de Bruscia “sobre la música en terapia y como terapia”, diremos al respecto que en la práctica se vivenciaron ambos aspectos, como ejemplo del primero tenemos las canciones, la gama de improvisaciones y los juegos musicales y la elaboración de las verbalizaciones a partir de ella; para el segundo fueron varios los momentos que se presentaron, un gran ejemplo de ello, es su expresividad y diferenciación evidencian como la música fue la movilizadora de su interior suscitando cambios visibles en la forma de tocar, en la relación con los instrumentos, el tipo de música que se producía y lo más importante en la relación con sus pares y las terapeutas.

# CAPITULO IV

## CONCLUSIONE Y RECOMENDACIONES

### 4.1 CONCLUSIONES

- Uno de nuestros objetivos importantes fue 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.
- La experiencia de investigación, permite concluir que es fundamental adecuar las técnicas de musicoterapia a las características físicas, psíquicas y sociales de los niños, para lograr un clima de participación, relajación y sobre todo un mejor desarrollo de las capacidades emocionales.
- En la intervención se utilizaron diferentes técnicas de musicoterapia, como las técnicas de improvisación libre y guiada, canto de forma terapéutica y danza improvisada, siendo estas las más efectivas, ya que los niños utilizando esas técnicas pudieron memorizar una canción corta, así como acompañarla con los instrumentos musicales.
- El ambiente emocional en que viva el niño con síndrome de Down influye en su forma de manifestar los sentimientos. Un ambiente calmado, tranquilo, dialogante y respetuoso, crea condiciones propicias para una adecuada maduración emocional. Un ambiente tenso, frío, agitado o apático, fomenta la inquietud, la angustia y la inseguridad del niño.

- Entre las limitaciones del proyecto debemos señalar, que los alcances de la intervención se vieron limitados por la ausencia de trabajo con los padres y de coordinación con los otros profesionales que intervienen con los niños, educadores, terapeutas del lenguaje y psicóloga.

## 4.2 RECOMENDACIONES

- La educación emocional debe empezar en el hogar. Es esencial la coordinación entre los padres, e incluso con los profesionales si es preciso, al establecer normas y consecuencias a esas normas. Las intervenciones descoordinadas del padre y la madre confunden al niño, que acaba por estar más pendiente del estado de ánimo de cada uno de sus progenitores que de su propia actuación.
- El método que debe llevar a cabo el musicoterapeuta ha de tener en cuenta en todo momento las características emocionales de cada alumno o grupo de alumnos y adaptar las técnicas en la medida de lo posible, a esas características emocionales.
- La aceptación incondicional de la persona con Síndrome de Down, niños o adulto, es imprescindible para que cualquier actuación produzca frutos. Hemos de hacerle sentir e incluso expresar verbalmente con frecuencia, cuánto le apreciamos, cuánto le queremos, por encima de sus cualidades y defectos, por encima de su síndrome de Down, por ser quién es y cómo es. Si las emociones son contagiosas, si construimos nuestra imagen con el reflejo de lo que los demás nos mandan, los mensajes que les enviemos han de ser optimistas y positivos.
- Una de las cualidades como educadoras especiales que se debe primar para llevar a cabo una educación dónde no se ausenten elementos como el juego, la libertad y la imaginación es la **creatividad**, porque un repertorio variado basado en la capacidad creativa del terapeuta permitirá afrontar con éxito problemas y situaciones que se presenten. Y con ello mejorar el desarrollo de las habilidades socio afectivas y cooperación grupal.

- Que los profesores de la carrera técnica de Educación Especial implementen al estudiante sobre las diferentes técnicas de musicoterapia, considerando que son efectivas y contribuyen positivamente al proceso educativo de los niños Síndrome de Down.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALVIN, JULIETA. Musicoterapia Ediciones Paidós Ibérica, S. A. España, 1984

BENENZON, ROLANDO. Manual de Musicoterapia Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona, 1981.

BENENZON O., ROLANDO. Musicoterapia del la teoría a la práctica Ediciones Paidós Ibérica, S. A. Buenos Aires, 2002

BENENZON O., ROLANDO. Sonido, Comunicación, Terapia Ediciones Salamanca España, 1997

BRUSCIA, KENNETH. Definiendo Musicoterapia Amarú Ediciones. Salamanca, 1997.

CASTILLA DEL PINO, C. Teoría de los sentimientos Tusquets Editores. Barcelona. 2000

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.

FERNÁNDEZ ABASCAL, ENRIQUE G., FRANCESE PALMERO Emociones y Salud Editorial Ariel, S. A. Barcelona 1999

GARCÍA ESCAMILLA, SILVIA. El niño con Síndrome de Down. Editorial Diana Cuarta Edición México, Septiembre 1990

GALLARDO, RUBÉN Musicoterapia y Salud Mental Ediciones Universo Buenos Aires, 1998

GAUNA, G. Entre los Sonidos y el Silencio Editorial Artemisa Rosario 1996.

GESELL, ARNOLD. Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño Editorial Paidós España, 1981

JASSO GUITIERREZ, LUIS El niño Down Mitos y Realidades Editorial el Manual Moderno S. A. de C. V. Primera edición México, 2006

JOSEFA LACÁRCEL MORENO Musicoterapia En La Educación Especial Universidad de Murcia 1995

LACÁRCEL MORENO, JOSEFA Musicoterapia En La Educación Especial Editoriales Murcia, España 1995

MORALES MARTÍNEZ, GUADALUPE, LÓPEZ, ERNESTO O. El Síndrome de Don y su mundo Emocional Editorial Trillas, S. A. de C. V, México, 2006

MORRIS, CHARLES, MAISTO, ALBERT A. Psicología Décima Edición Editorial Prentice Hall México 2001

REVÉ, JOHN. Motivación y Emoción, Segunda Edición Editorial Mc-Graw Hill, México. 1997.

Revista de la Asociación Argentina de Musicoterapia Tomos I No. 2 y 4 Buenos Aires, Argentina, 1990.

SANCHEZ HIDALGO, EFRAÍN Psicología Educativa Cuarta Edición Editorial Piedras Puerto Rico, 1965.



# ANEXOS

## Anexo 1.

### RESUMEN DEL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO

EDAD	CARACTERISTICAS
0-6 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inicio de la sonrisa social</li><li>• Disfruta del contacto social</li><li>• Imitación de expresiones faciales y movimientos que observan</li><li>• Manifiestan la preferencia a determinadas personas</li></ul>
6 meses 1 año	<ul style="list-style-type: none"><li>• Empiezan a tenerle miedo a personas desconocidas</li><li>• Hay preferencia por alguno de los padres</li><li>• Se niegan a comer ciertos alimentos</li><li>• Imitan sonidos y gestos</li><li>• Gozan de la atención que se les presta</li><li>• Comienzan a cooperar en la alimentación y cuando se les viste</li></ul>
1-2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Egocéntricos</li><li>• No comprende el concepto de compartir</li><li>• Ayudan a tareas de la casa por imitación</li><li>• Inicia la etapa del "NO"</li><li>• Se empiezan a independizarse</li><li>• Expresa sus sentimientos abiertamente</li></ul>
2-3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disfrutan jugar con otros</li><li>• Con ayuda, un niño podría desarrollar la capacidad de turnarse y de compartir cosas.</li><li>• Evidencian marcadas diferencias de género sexual en sus actividades</li><li>• Muchos niños tienen amigos imaginarios</li><li>• Necesitar ayuda para saber distinguir lo real de lo fantástico</li></ul>
3-4	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gozan de estar con sus amigos</li><li>• Están más dispuestos a aceptar las reglas</li><li>• Necesitan que se les enseñe la diferencia entre tener accidentes y portarse mal a propósito</li></ul>
4 en adelante	<ul style="list-style-type: none"><li>• parecer que les importa lo que dicen y hacen sus amigos</li><li>• comprenden la diferencia entre lo real y lo imaginario</li><li>• empiezan a evidenciar un interés en las diferencias del género sexual</li><li>• Aparece el complejo de Edipo.</li></ul>

## Anexo 2.

### ENTREVISTA INFANTIL

#### DATOS GENERALES:

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

#### CONDUCTA HABITUAL:

(Comportamiento general del niño)

---

---

---

#### COMUNICACIÓN

¿Es muy, poco o normal comunicativo? \_\_\_\_\_

---

¿Cómo es la forma de comunicarse con los adultos? \_\_\_\_\_

---

¿Y con los niños? \_\_\_\_\_

---

Habla durante el juego, representando roles y situaciones de interacción verbal

---

Pregunta el significado de las palabras: \_\_\_\_\_

Memoriza canciones, poesías cortas, adivinanzas: \_\_\_\_\_

Sabe decir si nombre y dirección: \_\_\_\_\_

#### RELACIONES SOCIALES

¿Cómo es la relación del niño con las demás personas? \_\_\_\_\_

---

¿Qué juegos le gustan? \_\_\_\_\_

---

¿Cómo se comporta dentro de un grupo? \_\_\_\_\_

¿Participa en grupos de algún tipo? \_\_\_\_\_

### **HISTORIA ESCOLAR**

¿A qué edad asistió por primera vez a la escuela? \_\_\_\_\_

¿Cómo es su comportamiento en el recreo? \_\_\_\_\_

¿Juega solo o con el grupo de la clase? \_\_\_\_\_

¿Riñe o pelea con otros niños de la escuela? \_\_\_\_\_

¿Ha tomado cosas que no son de él? \_\_\_\_\_

¿Falta con frecuencia a la escuela Y por qué motivos? \_\_\_\_\_

¿Ha sido castigado y por qué motivos? \_\_\_\_\_

¿Cómo es premiado o castigado? \_\_\_\_\_

### **HISTORIA FAMILIAR**

Miembros que componen en núcleo familiar y viven en al misma casa

<b>Parentesco</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Relación con el niño</b>

\_\_\_\_\_  
**Lugar y fecha de la entrevista**

**Anexo 3.**

**REGISTRO DE LAS CAPACIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO CON  
SINDROME DE DOWN DEL INSTITUTO NEUROLOGICO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>CAPACIDADES EMOCIONALES</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>FRECUEN TEMENTE</b>	<b>ALGUANAS VECES</b>	<b>NUNCA</b>
Saluda al llegar a clases.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participa activamente en las tareas escolares.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crea problemas de indisciplina en clase.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene iniciativa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participa con otros niños.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es agresivo con otros niños.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae facilmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigue instrucciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfruta del contacto social.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goza de la atención que se le presta...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es agresivo consigo mismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se adapta a las nuevas situaciones....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juega a menudo solo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expresas sus sentimientos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participa espontáneamente en las conversaciones con el grupo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memoriza canciones, poesías cortas, adivinanzas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de Encargad: \_\_\_\_\_

Anexo 4.

PLANIFICACIÓN DE TALLERES DE MUSICOTERAPIA CON NIÑOS SINDROME DE DOWN

Instituto Neurológico de Guatemala

Aula: 5

Sesión I y II

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	RECURSOS	POBLACION	HORA
Conocimiento del grupo Observación general del grupo y de cada niño. Capacidades musicales Creación de vínculo	Se observará la atención grupal e individual  Características individuales de cada niño.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinámicas</li><li>• Canciones (arroz con leche, payasito)</li><li>• Imitación rítmica</li><li>• Despedida</li></ul>	Participativa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pandereta</li><li>• Tambores pequeños</li><li>• Flautas</li><li>• Guitarra</li><li>• grabadora</li><li>• Voz humana</li></ul>	Alumnos del aula 5	9:00 A 10:30

Encargadas:

Yanira García

Lucrecia Quiñónez

## PLANIFICACIÓN DE TALLERES DE MUSICOTERAPIA CON NIÑOS SINDROME DE DOWN

Instituto Neurológico de Guatemala

Aula: 5

Sesión III y IV

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	RECURSOS	POBLACION	HORA
Observación del funcionamiento grupal e individual	Se observará la atención grupal e individual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de bienvenida</li> <li>• Canciones (Los tres cochinitos) con el uso de la técnica improvisación libre.</li> </ul>	Participativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pandereta</li> <li>• Tambores pequeños</li> <li>• Flautas</li> <li>• Guitarra</li> <li>• grabadora</li> <li>• Voz humana</li> </ul>	Alumnos del aula 5	9:00 A 10:30
Observación de la creación musical	Creación de vínculos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despedida con el uso de la técnica Improvisación Musical de Schmolzt</li> </ul>				
Creación de vínculo	Características del grupo en la improvisación					

Encargadas:

Yanira García

Lucrecia Quiñónez

## PLANIFICACIÓN DE TALLERES DE MUSICOTERAPIA CON NIÑOS SINDROME DE DOWN

Instituto Neurológico de Guatemala

Aula: 5

Sesión V y VI

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	RECURSOS	POBLACION	HORA
<p>Conocimiento del grupo</p> <p>Observación general del grupo y de cada niño.</p> <p>Observación de la creación musical</p> <p>Características del grupo en la improvisación</p>	<p>Identificación de sentimientos, y capacidades emocionales por medio de tarjetas con imágenes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas con música relajante</li> <li>• Canciones (arroz con leche, payasito)</li> <li>• Imitación rítmica</li> <li>• Presentación de tarjetas con imágenes</li> <li>• Despedida</li> </ul>	<p>Participativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pandereta</li> <li>• Tambores pequeños</li> <li>• Flautas</li> <li>• Guitarra</li> <li>• Grabadora</li> <li>• Tarjetas con imágenes</li> <li>• Voz humana</li> </ul>	<p>Alumnos del aula 5</p>	<p>9:00 A 10:30</p>

Encargadas:

Yanira García

Lucrecia Quiñónez

## PLANIFICACIÓN DE TALLERES DE MUSICOTERAPIA CON NIÑOS SINDROME DE DOWN

Instituto Neurológico de Guatemala

Aula: 5

Sesión VII y VIII

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	RECURSOS	POBLACION	HORA
Observación del funcionamiento grupal e individual  Observación de la creación musical  Creación de vínculo	Se realizará el reconocimiento de capacidades emocionales por medio de varias técnicas musicoterapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de bienvenida</li> <li>• Canciones (Los tres cochinitos) con el uso de la técnica improvisación libre.</li> <li>• Despedida con el uso de la técnica Improvisación Musical de Schmoltz</li> </ul>	Participativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pandereta</li> <li>• Tambores pequeños y medianos</li> <li>• Flautas</li> <li>• Piano</li> <li>• Guitarra</li> <li>• Grabadora</li> <li>• Hojas en blanco</li> <li>• Crayones</li> <li>• Voz humana</li> </ul>	Alumnos del aula 5	9:00 A 10:30

Encargadas:

Yanira García

Lucrecia Quiñónez



## PLANIFICACIÓN DE TALLERES DE MUSICOTERAPIA CON NIÑOS SINDROME DE DOWN

Instituto Neurológico de Guatemala

Aula: 5

Sesión VIII y IX

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	RECURSOS	POBLACION	HORA
Conocimiento del grupo  Observación general del grupo y de cada niño.  Capacidades musicales  Creación de vínculo		<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinámicas</li><li>• Canciones (arroz con leche, payasito)</li><li>• Imitación rítmica</li><li>• Despedida</li></ul>	Participativa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pandereta</li><li>• Tambores pequeños</li><li>• Flautas</li><li>• Guitarra</li><li>• grabadora</li><li>• Voz humana</li></ul>	Alumnos del aula 5	9:00 A 10:30

Encargadas:

Yanira García

Lucrecia Quiñónez

## PLANIFICACIÓN DE TALLERES DE MUSICOTERAPIA CON NIÑOS SINDROME DE DOWN

**Instituto Neurológico de Guatemala**

**Aula: 5**

**Sesión X y XII**

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	RECURSOS	POBLACION	HORA
Observación del funcionamiento grupal e individual  Observación de la creación musical  Creación de vínculo	Se observará la atención grupal e individual.  Creación de vínculos  Características del grupo en la improvisación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de bienvenida</li> <li>• Canciones (Los tres cochinitos) con el uso de la técnica improvisación libre.</li> <li>• Despedida con el uso de la técnica Improvisación Musical de Schmoltz</li> </ul>	Participativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pandereta</li> <li>• Tambores pequeños</li> <li>• Flautas</li> <li>• Guitarra</li> <li>• grabadora</li> <li>• Voz humana</li> </ul>	Alumnos del aula 5	9:00 A 10:30

Encargadas:

Yanira García

Lucrecia Quiñónez

## PLANIFICACIÓN DE TALLERES DE MUSICOTERAPIA CON NIÑOS SINDROME DE DOWN

Instituto Neurológico de Guatemala

Aula: 5

Sesión XII y XIII

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	RECURSOS	POBLACION	HORA
Conocimiento del grupo  Observación general del grupo y de cada niño.  Capacidades musicales  Creación de vínculo		<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinámicas</li><li>• Canciones (arroz con leche, payasito)</li><li>• Imitación rítmica</li><li>• Despedida</li></ul>	Participativa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pandereta</li><li>• Tambores pequeños</li><li>• Flautas</li><li>• Guitarra grabadora</li><li>• Voz humana</li></ul>	Alumnos del aula 5	9:00 A 10:30

Encargadas:

Yanira García

Lucrecia Quiñónez

## PLANIFICACIÓN DE TALLERES DE MUSICOTERAPIA CON NIÑOS SINDROME DE DOWN

**Instituto Neurológico de Guatemala**

**Aula: 5**

**Sesión IVX y XV**

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	RECURSOS	POBLACION	HORA
Observación del funcionamiento grupal e individual  Observación de la creación musical  Creación de vínculo	Se observará la atención grupal e individual.  Creación de vínculos  Características del grupo en la improvisación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de bienvenida</li> <li>• Canciones (Los tres cochinitos) con el uso de la técnica improvisación libre.</li> <li>• Despedida con el uso de la técnica Improvisación Musical de Schmoltz</li> </ul>	Participativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pandereta</li> <li>• Tambores pequeños</li> <li>• Flautas</li> <li>• Guitarra</li> <li>• grabadora</li> <li>• Voz humana</li> </ul>	Alumnos del aula 5	9:00 A 10:30

Encargadas:

Yanira García

Lucrecia Quiñónez

## PLANIFICACIÓN DE TALLERES DE MUSICOTERAPIA CON NIÑOS SINDROME DE DOWN

Instituto Neurológico de Guatemala

Aula: 5

Sesión XVI

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	RECURSOS	POBLACION	HORA
Conocimiento del grupo  Observación general del grupo y de cada niño.  Capacidades musicales  Creación de vínculo		<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinámicas</li><li>• Canciones (arroz con leche, payasito)</li><li>• Imitación rítmica</li><li>• Despedida</li></ul>	Participativa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pandereta</li><li>• Tambores pequeños</li><li>• Flautas</li><li>• Guitarra grabadora</li><li>• Voz humana</li></ul>	Alumnos del aula 5	9:00 A 10:30

Encargadas:

Yanira García

Lucrecia Quiñónez

## RESUMEN

La educación de todos los niños debe ir enfocada a la adquisición y desarrollo de sus capacidades de modo que puedan actuar con madurez y responsabilidad, desarrollar su autonomía personal, y adquirir conocimientos y destrezas que les permitan integrarse al máximo en el grupo social y cultural al que pertenecen. Los alumnos con síndrome de Down no tienen por qué ser una excepción a esta regla general, es por ello que hemos trabajado con ellos un programa que les ha ayudado en cierta medida a mejorar principalmente sus capacidades emocionales, pues es bien sabido que un niño Down es un ser muy emocional, por lo que lo usamos como una ventaja para favorecer su aprendizaje y con ello una mejor calidad de vida.

La presente investigación da cuenta de la intervención musicoterapéutica con un grupo de niños Síndrome de Down, cuyas edades cronológicas varían entre los ocho y los trece años de edad. Este grupo tenía un escaso nivel de comunicación y lenguaje, el trabajo que desarrollaban era en torno a la imitación más que a la expresión; sin embargo poseían grandes capacidades y motivación en torno al quehacer musical.

La intervención se realizó durante dos meses, con una frecuencia de dos intervenciones semanales. Al término de las sesiones se lograron avances como la creación del vínculo afectivo con el grupo. 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 sus déficits, lo que permite superar la estigmatización y devaluación social que afecta a estos niños.