UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
DEPARTAMENTO DE CARRERAS TECNICAS CIEPS

TEATROTERAPIA COMO MEDIO DE SOCIABILIZACION DE NIÑOS CON SINDROME DE DOWN.

TRABAJO DE INVESTIGACION

PRESENTADO

Al Honorable consejo Directivo de la
Escuela de Ciencias Psicológicas de
la Universidad de San Carlos de Guatemala

por

MARIA PILAR SIERRA COTO
Y
ANA LORENA RAMIREZ

Previo a optar al título de
"TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVA"

Guatemala, Octubre de 1994

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
13
T(878)

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Walter René Soto Reyes
D I R E C T O R

Licenciado Abraham Cortez Mejía
S E C R E T A R I O

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIOS "M-S, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760780-84 Y 760985-88
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

cc.: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 2221-93

CODIPs. 466-94

DE IMPRESION TRABAJO DE INVESTIGACION

05 de octubre de 1994

Señoritas Estudiantes
Ana Lorena Ramírez Fernández
María Pilar Sierra Coto
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DECIMO QUINTO (15o.) del Acta TREINTA NOVENTA Y CUATRO (30-94) de Consejo Directivo, de fecha 04 de octubre en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "**TEATRO TERAPIA COMO MEDIO DE SOCIABILIZACION DE NIÑOS CON SINDROME DE DOWN**", de la Carrera TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA, realizado por:

MARIA PILAR SIERRA COTO **CARNET No. 25-14839**

ANA LORENA RAMIREZ FERNANDEZ **CARNET No. 25-14713**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Eleonora Campos Orellana y revisado por la Licenciada Edith Ríos de Maldonado.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESION** del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CONSEJO DIRECTIVO
USAC.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIOS "M-5, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA ZONA 12
TELEFONOS: 763790-94 Y 760985-88
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS
RECIBIDO
20 SET. 1994
12:00 HORA

CIEPs. 274-94

REG. 2221-93

Guatemala, 13 de septiembre de 1994

SEÑORES

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES:

Atentamente me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada EDITH RIOS DE MALDONADO, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado **"TEATROTERAPIA COMO MEDIO DE SOCIALIZACION DE NIÑOS CON SINDROME DE DOWN"**, correspondiente a la Carrera de **TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA**, presentado por las estudiantes:

NOMBRE	CARNET No.
MARIA DEL PILAR SIERRA COTO	25-14839
ANA LORENA RAMIREZ FERNANDEZ	25-14713

Agradeceré se sirva continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

WALDEMAR ZETINA CASTELLANOS
COORDINADOR CIEPs

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
DEPTO. DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
COORDINACION
CEDIPs
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIOS "M-S, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

CIEPs. 273-94.

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS
RECIBIDO
20 SET. 1994
HORA

GUATEMALA, 26 de agosto de 1994.

LICENCIADO
WALDEMAR ZETINA CASTELLANOS
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES
EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADO:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION** titulado **"TEATROTERAPIA COMO MEDIO DE SOCIABILIZACION DE NIÑOS CON SINDROME DE DOWN"**, de la Carrera de TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA, presentado por los estudiantes

NOMBRE	CARNET No.
MARIA PILAR SIERRA COTO	25-14839
ANA LORENA RAMIREZ FERNANDEZ	25-14713

Considero que el trabajo arriba mencionado llena los requisitos del **CENTRO DE INVESTIGACIONES**, por lo que emito dictamen favorable.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICDA. EDITH RIOS DE MALDONADO
DOCENTE REVISOR

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
COORDINACION
CIEPs
USAC

ERdM/tnideh.
c. archivo

INSTITUTO NEUROLOGICO DE GUATEMALA

CENTRO PSICOPEDAGOGICO
Dr. ROBERTO RENDON MALDONADO
AREA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, ZONA 11
TELEFONO: 72-14-45 — APARTADO POSTAL 1,986
GUATEMALA, C. A.

22 de agosto de 1,994.

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos
de Guatemala
Presente.-

Señores Consejo Directivo:

Atentamente me dirijo a ustedes para informar que he revisado el informe final del trabajo de investigación titulado " LA TEATROTERAPIA COMO PROCESO DE SOCIABILIZACION DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN ", de la carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa, presentado por las estudiantes:

NOMBRES	APELLIDOS	CARNET No.
Ana Lorena	Ramírez Fernández	91-14713
María Pilar	Sierra Coto	91-14839

Considero que dicho trabajo será un aporte mas de la Universidad de San Carlos de Guatemala para los jóvenes discapacitados mentales y profesionales de la Educación Especial, por lo que doy mi dictámen favorable y pido continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

INSTITUTO NEUROLOGICO DE GUATEMALA, C. A. GUATEMALA

Licda. Eleonora Campos C.
Asesor.

cp/ECO.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIOS "M-B, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 2221-93

CODIPs. 481-93

DE APROBACION DE PROYECTO Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

28 de septiembre de 1993

Señoritas Estudiantes
Pilar Sierra Coto
Ana Lorena Ramírez Fernández
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DECIMO CUARTO (14o.), del Acta TREINTA Y DOS NOVENTA Y TRES (32-93), de Consejo Directivo, de fecha 24 de septiembre en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "**LA TEATRO TERAPIA COMO PROCESO DE SOCIABILIZACION DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN**", de la carrera: Terapia Ocupacional y Recreativa, presentado por:

PILAR SIERRA COTO **CARNET No.25-14839**

ANA LORENA RAMIREZ FERNANDEZ **CARNET No.25-14713**

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, resuelve aprobarlo y nombrar como asesora a la Licenciada Eleonora Campos Orellana."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
SECRETARIO

/Lillian
caprproy.ed

A: DIOS

A: MI PATRIA, GUATEMALA

A: LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A: LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

A MIS PADRES:	MARTA ELVIRA COTO Y GUSTAVO ADOLFO SIERRA
A MIS HERMANOS:	GUSTAVO EDUARDO,ADOLFO JOSE,ANALUCIA Y ALVARO.
A MIS ABUELITOS:	MARTACARRERA, ROME CORADO Y ROBERTO CASTILLO
A MIS CATEDRATICOS:	EN ESPECIAL A RODOLFO JIMENEZ JUAN JOSE ZAGI FRANCISCO QUIÑONEZ
A MIS AMIGOS:	A TODOS, EN ESPECIAL WENCES, RAMIRO, OSCAR, CARLOS, EDGAR, ISABEL, LUIS, RODOLFO, MARCOS, CARMEN, IRENE, ARTURO Y PINZON.
A MI MAESTRO DE TEATRO	JAVIER PACHECO
AL INSTITUTO NEUROLOGICO DE GUATEMALA	
AL IGSS DE ESCUINTLA Y A SU PERSONAL EN ESPECIAL	LIC. MIRIAM JIMENEZ LIC. ANTONIETA ZACARIAS DR. EDY GERONIMO

A: DIOS

A: MI PATRIA, GUATEMALA

A: LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A: LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

A MIS PADRES: FRANCISCO JOSE RAMIREZ
SILVIA ELIZABETH DE RAMIREZ

A MIS HERMANAS: CARMEN LUCIA, SILVIA MARIA
Y PAULA FERNANDA RAMIREZ

A MIS AMIGOS

AL INSTITUTO NEUROLOGICO DE GUATEMALA

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirnos realizar el proyecto y darnos fortaleza y la luz que nos mueve.

A nuestros queridos pacientes del intituto neurologico de Guatemala, sin cuya participación no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

A nuestra a nuestra acesora Lic. Elionora Campos Orellana, por su alluda incondicional para la realización de este proyecto.

A la Licenciada Edit Rios de Maldonado, por su apollo en su acesoria metodológica y valiosa colaboración en éste proyecto.

Al colegio Saleciano Don Bosco, por su colaboración para la realización de la obra teatral.

Al instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Escuintla, por su apollo dado para la realización de este proyecto.

PADRINOS DE GRADUACION

DE: MARIA PILAR SIERRA COTO

TGE. ANA LUCIA SIERRA DE MEJIA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR

LIC. RAUL PELLECER CASTRO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DE: ANA LORENA RAMIREZ

LIC. LUIS RODOLFO JIMENEZ SOLORZANO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LIC. LUIS FERNANDO RAMIREZ CIFUENTES
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

PRESENTACION

El proyecto de investigación como se pretendía, finalizó con una obra teatral llamada " GENESIS ", para poder demostrar el efecto de la teatroterapia en el desarrollo psicosocial del niño con síndrome de Down.

Para conocer algo sobre el montaje teatroterapéutico en sí, comenzaremos diciendo que fue una obra basada en la Biblia, la cual llevaba inmersa en su música y en sus canciones infantiles un mensaje ecológico que promueva a la vida y la protección de nuestro medio ambiente. Esta obra terapéutica se desarrolló en un montaje un tanto subrealista, que pone en juego nuestra imaginación, ya que ésta fue mucho más que una obra musical, infantil, pues representó la innovación de un método terapéutico ocupacional, en el tratamiento de niños especiales. Además encerró el trabajo de varios meses de aprendizaje de diez niños con síndrome de DOWN desde ritmo y coordinación, hasta expresión corporal.

Los niños con esta obra pretendieron demostrarnos que son capaces de superarse, de desarrollarse dentro de las artes en lo posible y, sobre todo, que están dispuestos a luchar con su ternura por una sociedad más justa y con espacio para crecer y realizarse.

Finalmente podemos decir que se trabajó el proyecto sobre bases sólidas, concretas y con un ideal; el que podamos describir más elocuentemente con una frase del autor Antony de Mello:

> " Un día descubrí que lo que tenía que hacer no era ambicionar el mito, sino la actitud".

Y eso fue lo que logramos a través del método Teatroterapeutico que a continuación presentaremos y describiremos más explicitamente.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CAPITULO I

INTRODUCCION

El problema de investigación consistió concretamente en llegar a conocer de qué manera la teatroterapia permite el desarrollo psicosocial del niño con síndrome Down, ya que a través de su desarrollo, él presenta problemas de sociabilización. Las posibilidades de que esta técnica pueda desarrollar una forma para eliminar, en gran parte, estos problemas es mayor, pues el teatro viabiliza la comunicación y la interacción personal del niño. Para la realización de esta investigación, debímos tener conocimientos teóricos, entre los cuales encontramos: el Síndrome de Down, como uno de los estados asociados a una anomalía cromosómica,la cuál ocurre con una incidencia del uno por ciento por cada 600 niños nacidos, representando del 10 al 15 % de los deficientes mentales acogidos en nuestras instituciones.

El teatro, fue otra variable que debímos tener presente, ya que es un medio de expresión a través del cual, los niños con síndrome de Down, pueden manifestar parte de su personalidad y expresarse corporalmente, realizándose en una actividad dinámica.

La terapéutica ocupacional se refiere básicamente, a la manera de llevar a la práctica objetiva y concreta, una serie de tratamientos y técnicas dinámicas de rehabilitación, con el fin de ocupar adecuadamente el tiempo del paciente, logrando un proceso rehabilitativo integral. Esta investigación fue ubicada dentro del campo de la psicología social, ya que está encargada de analizar toda la problemática de las relaciones interpersonales de cada individuo,pues el síndrome de Down en Guatemala, ha sido un problema que no ha tenido la atención necesaria por parte de las autoridades correspondientes; a pesar que representa un serio conflicto que no solo afecta al niño, sino que también, a la sociedad en general. La psicología educativa juega un papel importante, ya que el teatro es a su vez un medio de comunicación y transmisión de cultura y mensajes. Por ende, la teatroterapia es un medio educativo por medio del cual los niños con síndrome de Down pueden realizarse, llevando un mensaje educativo. Estos niños necesitan el mismo interés y cuidado de sus padres que un niño normal, para desarrollar en ellos, el máximo de sus habilidades, capacidades, calidades personales, y para enseñarles, en general, a adaptarse a las demandas de la sociedad en que viven.

A través de esta investigación pretendimos conocer más a fondo el desenvolvimiento conductual, social, y ciertas aptitudes de los niños, basándonos en los resultados de la prueba de Vineland, y el cuestionario de evaluación social y afectiva, que determinaron en que áreas necesitaban mayor estimulación, en el desarrollo de su madurez social. Las variables que se presentaron en el estudio fueron esencialmente tres: el niño con Síndrome de Down, la teatroterapia y la terapéutica ocupacional.

Existen diversos problemas que tienen relación directa con la implementación de este tipo de terapéutica ocupacional, por ejemplo: en los sistemas educativos actuales, se orienta a una actividad terapéutica que aspira a alcanzar las necesidades sociales y ocupacionales. Sin embargo, dadas las condiciones económicas, políticas y sociales imperantes, no se dá.

El estudiante, no sólo el que asiste a la Universidad de San Carlos de Guatemala, se ve profundamente afectado, ya que la metodología utilizada no es implementada con nuevos métodos, ni técnicas, limitando así el campo de acción y aprendizaje del futuro Terapista Ocupacional y Recreativo. Podríamos citar también como problema real, para los niños con Síndrome de Down,la falta de información, de educación, sociabilización y de cultura de nuestro país; que da como resultado palpable, el rechazo de estos niños por carencias de diferente índole. Otro factor importante es la falta de instituciones adecuadas para el aprendizaje y desarrollo de los niños, ya que la cantidad de centros existentes no se dan abasto para cubrir las necesidades de la mayoría de estos niños.

Dentro de las implicaciones que se presentaron en esta investigación se ubicaron las sociales, ya que conforme al desarrollo se permitió a los niños con Síndrome de Down lograr mayor sociabilidad, reconocer su rol en la sociedad, expresarse, ejercitarse, y lo más importante, desarrollar dentro de su mundo un contacto con la realidad.

Desde el punto de vista científico fue importante el desarrollar este tema, porque nos dió la pauta para implementar los programas de rehabilitación, pues es un método terapéutico innovador que amplió el campo de acción en la terapéutica ocupacional en Guatemala. Desde el punto de vista político nos preocupa, la falta de interés del Gobierno y del Ministerio de Educación, pues no le han dado la debida importancia a la situación y no implementan programas educativos , ni talleres protegidos, para hacer que estos niños formen parte activa y productiva de la sociedad; finalmente sería necesario cambiar la estructura ideológica con respecto a este problema, en pro de la implementación de nuevas técnicas terapéuticas, adaptándolas a nuestro medio para un mejor tratamiento rehabilitativo y de integración social.

Para llevar a cabo este estudio e investigación se trabajó con diez niños del INSTITUTO NEUROLOGICO DE GUATEMALA,comprendidos en edades de 14 a 18 años sin problemas físicos, a quienes se evaluó en un inicio para conocer su desarrollo social, se aplicó la terapéutica ocupacional de TEATRO TERAPIA, y se llevó un proceso de evolución y desarrollo de su sociabilidad. Para el tratamiento se elaboró un programa con técnicas teatrales como: expresión corporal, desplazamiento escénico, desarrollo de ritmo, danza, y trabajo de escenografía con técnicas terapéuticas ocupacionales, que se complementaron con dinámicas de sociabilización y terapia lúdica, para el mejor desarrollo del proceso de rehabilitación de los niños con Síndrome de Down.

En una forma detallada, expondremos a continuación los resultados de la investigación titulada:
"LA TEATROTERAPIA COMO MEDIO DE SOCIABILIZACION DE LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN".

OBJETIVO GENERAL

Los objetivos que se alcanzaron a través de nuestra investigación fueron los siguientes:

Demostrar la importancia de la implementación de la teatroterapia en el proceso de sociabilización de los niños con Síndrome de Down.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Realizar un montaje terapéutico de una obra de teatro con niños con Síndrome de Down.

Dar a conocer la existencia de la teatroterapia como un método innovador y efectivo en el proceso de rehabilitación integral en el área de Terapia Ocupacional y Recreativa en Guatemala.

MARCO TEORICO

PARTE PRIMERA

CRECIMIENTO DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Con el propósito de ubicar inicialmente al lector en el conocimiento del estudio, se definen a continuación los conceptos fundamentales del tema:

DEFICIENCIA MENTAL

Deficiencia mental es una limitación intelectual de índole orgánica producida en el individuo antes del nacimiento, en el momento y después de éste.

Kolb (1967) define el término retardo mental como " La falta de capacidad intelectual que se deriva de una limitación innata en el desarrollo del cerebro, o de una enfermedad o lesión cerebral, que se ha producido durante o inmediatamente después del nacimiento o bien es la consecuencia de una falta de maduración debida a que los estímulos ambientales provenientes de fuentes familiares y culturales no han sido suficientes para estimular el desarrollo. "

Meranie (1979) diferencia los conceptos: retardo y deficiencia mental. El primero significa un atraso en el desarrollo mental, cuya etiología no es innata, si no es provocada por privación de estímulos familiares, educativos, sociales y culturales; mientras el segundo es un defecto permanente de los procesos cognocitivos, cuyas causas suelen darse antes, durante o después del nacimiento.

El retardo mental puede ser permanente y convertirse en deficiencia mental si el individuo retrasado no es estimulado a tiempo.

Kolb define ambos términos en uno, y da un concepto bastante completo. Es importante agregar que la deficiencia mental también puede definirse como el funcionamiento intelectual por debajo de 70 puntos de cociente intelectual.

ETIOLOGIA DE LA DEFICIENCIA MENTAL

Las causas de la deficiencia mental pueden ser debido a factores de carácter biológico y factores de carácter psicosocial, que frecuentemente inciden simultáneamente en un mismo cuadro.

Los factores biológicos pueden influir en período prenatal, perinatal y postnatal, entre ellos están:
trastornos genéticos y/o cromosómicos.
- malformaciones congénitas.
- desnutrición.
- maltratos o accidentes físicos.
- enfermedades durante el embarazo de la madre.
- combinación de estos factores.

Dentro de las alteraciones cromosómicas, debe destacarse el síndrome de Down o " Mongolismo ", en el cual hay correlación con la deficiencia mental.

Los factores sociales, no pueden explicar en sí mismos, la deficiencia mental, pues siempre están asociados a otros factores, que a nivel general son:

- factores de crianza en los niños.
- vivienda.
- ambiente social.
- saneamiento ambiental.
- nivel económico.
- educación.
- deprivación cultural.
- combinación de estos factores.

Factores Psicológicos:

- carencia sensorial.
- deprivación materna.
- patrones adaptativos.
- autoaceptación.
- percepción (psicológica)
- falta de estimulación intelectual.
- combinación de estos factores.

La influencia negativa de los factores psicosociales, desde el nacimiento del niño no permitirá que éste se desarrolle normalmente, pues ya a los seis meses de vida puede evidenciarse un retraso motor, y si no fuesen estimulados a tiempo, la maduración del cerebro se verá limitada por la falta de experiencias y estímulos sensoriales, provocando deficiencia mental.

NIVELES DE DEFICIENCIA MENTAL

La Asociación Americana de Deficiencia Mental (1937) utilizó categorías en la clasificación de los niveles de deficiencia mental: la medición de la inteligencia y el comportamiento adaptativo.

Para definir la inteligencia, se utilizan escalas producto de pruebas de inteligencia estandarizadas. Con las pruebas de Stanford Binet y Catell, y Weschsler, obtuvieron un Cociente Intelectual distribuido en categorías Leve, Moderado, Severo y Profundo.

Para medir el comportamiento adaptativo, la Asociación Americana de Deficiencia Mental, toma en cuenta las siguientes areas:

1. desarrollo sensoriomotriz
2. lenguaje
3. destreza y ayuda mínima.
4. socialización.
5. destreza académica y actividades de la vida diaria.
6. aplicación del razonamiento y juicio apropiado en el manejo del ambiente.
7. destreza social (participación en grupos activos y relaciones interpersonales)
8. responsabilidad social y vocación en la adolescencia y la vida adulta.

De acuerdo con lo anterior existen cuatro niveles de conducta adaptativa:

1. Leve
2. Moderado.
3. Severo.
4. Profundo.
5. Concepto de Síndrome.

Wunderlich (1969), considera que el niño " MONGOLICO " es especial, por lo que su desarrollo no puede ser medido con patrones establecidos para los niños normales este " es otro tipo de ser humano que obedece a sus propias leyes configurativas, que han sido determinadas a través del cambio de forma, función, y estructuras, demostrables morfológicamente " por lo que no puede considerarse su desarrollo como deficiente. El mismo autor afirma que el niño " mongolico " cuando nace presenta un estado fetal regresivo y aún no ha terminado de formarse.

De acuerdo con lo anterior, para el autor, trasladar la situación del niño normal a la del niño " mongolico " es muy problemático, puesto que el desarrollo del último sigue las leyes configurativas totalmente distintas.

Un niño Down de tres años no corresponden en su desarrollo a un niño normal de la misma edad y no se puede compararlos o igualarlos. Tenemos que considerar al niño Down como una identidad cerrada no comparable con la normalidad, para la cuál no poseemos aún un criterio de valoración exacta.

El desarrollo del niño normal discurre lineal con la edad, a partir de criterios de valoración de Buller y Hetzeer, se calcula la denominada edad del desarrollo que se compara por medio de un cálculo con la edad real, el resultado de ello el coeficiente de desarrollo. A través de la valoración en seis campos distintos de la personalidad que puede ser individualmente diferentes y más o menos marcados, se encuentra el denominado perfil de desarrollo.

Los resultados de este cuestionario en el niño Down, presentan un coeficiente de desarrollo con tendencia descendente. La permanencia uniforme de coeficiente de desarrollo corresponde a exigencias de mayor rendimiento.

Con respecto a la teoría del estado regresivo del niño Down, en Estados Unidos se han realizado estudios que prueban que su cerebro continúa deteriorandose después del nacimiento, debido a la poca circulación y al daño de los capilares.

Smith y Wilson (1967), siempre en relación a esta teoría, encontraron un descenso progresivo del cociente intelectual, a medida que pasa el tiempo. Para ellos, esto no significa que los sujetos se deterioren con el paso de los años, sino que no mantienen el ritmo inicial, ya que llegan a su nivel máximo de desarrollo intelectual antes que las personas normales.

Según Roy Breg, no hay regresión en la conducta del niño Down sino que hay un progreso continuo y después de los 4 años el coeficiente intelectual se estabiliza. Dice que falta una evidencia neurológica de la existencia de un proceso degenerativo en el desarrollo de estos niños y atribuye el descenso en el cociente intelectual a la posibilidad de que los cuestionarios o instrumentos psicométricos para evaluar se desarrollo, miden funciones algo diferentes en las distintas edades.

La edad mental que presentan los niños, en muchas ocasiones no está relacionada con lo que han aprendido a hacer, por ejemplo: en un grupo de niños Down criados en las zonas rurales presentaban edad mental de 4 a 6 años y podían manejar tractor y realizar tareas domésticas y aún sencillos trabajos de carpintería.

El hecho que quizás reviste de importancia es que el desarrollo social de estos niños separa en 2 ó 3 años a su desarrollo mental, en consecuencia parecen más inteligentes de lo que en realidad son, y se manejan fácilmente con el grupo familiar, siempre que la familia esté preparada para estas adaptación.

Su vida es simple, sin complicaciones y sus emociones menos intensas.

Los niños Down pueden alcanzar en ocasiones un buen nivel de desarrollo, especialmente cuando el medio ambiente es adecuado y los niños se encuentran bajo un control coordinado. Sin embargo, también debemos tener en cuenta, las diferencias individuales, lo cuál hará variar considerablemente las medidas de inteligencia. No podría decirse con seguridad como se desarrollará un niño Down, ya que el número de los diferentes síntomas del " mongolismo " y su apariencia global, no son datos orientados sobre la tendencia futura de desarrollo.

Hasta ahora no se conoce método alguno eficaz para aumentar el desarrollo cerebral o para mejorar la incapacidad innata para su desarrollo mental.

En observaciones realizadas por el Doctor Roy Breg (1971), en un grupo de 343 niños Down que asistían al Scuthbury Training School en Conecticut, comprobó que tenían un coeficiente medio de desarrollo que fluctuaba de 65 a 70, su cociente intelectual promedio a los tres años es aproximadamente 50 a los 4 años es aproximadamente de 40. entre los 3 y 7 años, es muy raro encontrar un cociente intelectual de 70.

Los casos típicos del niño Down, presentan deficiencia mental desde un grado leve, hasta niveles profundos. La mayoría posee de un 25% a un 50% de lo que se considera inteligencia normal, son etiquetados como entrenables.

Según Roy Berg (1971), los exámenes de desarrollo son de valor pronóstico, limitado en el niño Down, para las pruebas psicométricas después de los 3 años son útiles.

El Síndrome de Down, presenta una acusada deficiencia general de la capacidad mental. Un estudio de éste síndrome señaló que, independientemente del adiestramiento a tales enfermos lograban un cociente intelectual en el rango de deficiente moderado.

SINDROME DE DOWN

Es uno de los estados asociados a una anomalía cromosómica que ocurre con mayor frecuencia. Tiene una incidencia del 1% por cada 600 niños nacidos, representando del 10 al 15% de los deficientes mentales acogidos en instituciones.

El síndrome de Down llamado " mongolismo " por el Doctor John Langdon Down, director del Asilo para Retrasados Mentales de Earlswood en Surrey, Inglaterra en 1866, quien describió sistemáticamente dicho síndrome por primera vez, si bien ya había sido señalado por Seguin (Francia) 20 años antes.

La primera comunicación médica sobre el mongolismo, se presentó en un congreso efectuado en Edimburgo en 1875, en ella, John Frazzer y Arthur Mitchell llamaron la atención sobre la corta vida de los niños Down y su tendencia marcado a la braquicefalia. Más tarde fue completando el cuadro clínico por el Doctor Shuttleworth quien fue uno de los primeros en sugerir la existencia de un defecto congénito e introdujo el término " Niño Inclomplemento ", llegando a la conclusión de que el trastorno obedecía a una disminución de la potencia productora.

Posteriormente se reconoció la importancia de la edad avanzada de la madre; y la edad avanzada del padre era un factor secundario.

Wardenberg (1932) y Bleyer (1934), surgieron como causa del niño Down una anormalidad cromosómica pero no se contaba con medios para comprobarlo. En 1959, los Doctores Lejeune, Gautier y Turpin llegaron a la conclusión por medio el cariotipo, que causa etiológica se debía a un cromosoma extra. Otros estudios realizados en 1960-61 por Peronse y otros, descubrieron la trisomía por traslocación y el mosaicismo.

En este síndrome se presentan en general, las siguientes características: cara redonda, ojos oblicuos estrechos y falta de pliegues en los párpados, nariz de puente hundido, cavidad bucal pequeña con lengua grande y gruesa, dedos cortos y gruesos, pliegue transversal de la mano, hipotonía muscular, cráneo ancho y corto, piel pálida, voz gutural y grave, susceptibilidad cardíaca y respiratoria, crecimiento y desarrollo más tardío que el crecimiento y desarrollo de los niños normales. Dicho cuadro va asociado siempre a la deficiencia mental.

El desarrollo es un proceso continuo. Comienza con la aparición y procede mediante ordenada, sucesión, etapa, representando cada una de ellas un grado o nivel de madurez. El desarrollo es medido por escalas obtenidas de acuerdo a la evolución que presenta el niño normal.

PARAMETROS GENERALES DEL DESARROLLO DEL NIÑO CON SINDROME DOWN

DESARROLLO MOTOR

La capacidad que el niño va adquiriendo en el control y manejo de sus músculos vinculado al desarrollo mental es denominado: Desarrollo Psicomotor, y se da en el niño por etapas sucesivas, sirviendo un esquema de comportamiento como base para alcanzar otros más complejos.

A grandes rasgos se describen las etapas de desarrollo del niño según Gessell: a) Primer trimestre: en este período se alcanza el control de los 12 músculos oculomotores.
b) Segundo trimestre:(16 a 28 semanas) controla los músculos que sostienen la cabeza y el movimiento de brazos y manos.
c) Tercer trimestre: (28 a 40 semanas) a esta edad se sienta, gatea y urga con los dedos.
d) Cuarto trimestre: (40 a 52 semanas) el niño se para y camina con apoyo.
e) Primer año: a esta edad el niño camina y corre, articula palabras o frases, adquiere control de esfínteres.
f) Entre el segundo y tercer año: expresión del pensamiento utilizando operaciones y comprensión de lo que se le exige.
g) Cuarto año: es la etapa en que realiza innumerables preguntas, compara y generaliza conceptos. Logra independencia de la rutina de su casa.

A los 5 años está inmaduro en el control motor, lo cuál indica que está preparado para realizar movimientos más complejos y que requieren mayor coordinación. Incluyendo gimnasia física, la capacidad de escribir y realizar manualidades.

La aberración cromosómica que da origen al síndrome de Down afecta y limita en forma permanente el desarrollo motor del niño, quien podrá superar las dificultades en un tiempo más prolongado, dado que su condición no le permite aprovechar los estímulos del medio, debido a esto la edad mental del niño estará marcadamente atrás en relación a su edad cronológica.

En el primer trimestre casi no se nota retraso, salvo porque es bastante pasivo.

A partir de los 6 meses se advierte el retraso motor, pues no realiza en lo mencionado en la escala anterior.

Se sienta y gatea aproximadamente al año lo cual un niño normal logra hacer al tercer trimestre. Camina aproximadamente a los tres años, y el lenguaje propiamente dicho aparece más o menos dos años después.

Las etapas de desarrollo varían entre cada niño, dependiendo del grado en que haya sido afectado por la aberración cromosómica y de la atención y estimulación temprana que se le de; pues se ha comprobado que los niños estimulados pueden lograr con poca diferencia en tiempo con respecto al niño normal el dominio de las capacidades motrices.

DESARROLLO DEL NIÑO CON SINDROME DOWN

La aberración cromósomica que da origen al síndrome de Down, afecta y limita en forma permanente el desarrollo del niño, quien podrá superar las dificultades en un tiempo más prolongado, dado que su condición no le permite aprovechar los estímulos del medio. Habrá siempre un desajuste entre su edad mental y su crecimiento cronológico.

El recién nacido "MONGOLICO" carece del reflejo del moro y el succión lo tiene mal desarrollado. Es esencial determinar qué reflejos primitivos están presentes y cual es su intensidad, así como cuales están ausentes, ya que el control de los movimientos voluntarios puede desarrollarse sólo en base a estas respuestas automáticas.

El niño "MONGOLICO" posee un sistema nervioso débil y que no recibe estímulos del exterior, por lo que es un niño inmóvil y no responde a nada, no tiene reservas en los músculos, es hipotónico , por lo tanto será incapaz de controlar, coordinar y repetir los movimientos. Esta situación se agrava cuando el cerebro pide un alimento excesivo para la capacidad del sistema circulatorio, lo que motiva que mueran células por el flujo inadecuado de sangre. Aún más, dado que el hígado del "MONGOLICO" es incapaz de suministrar y procesar los carbohidratos y enviar glucosa al cerebro, quedará privado de sus funciones principales.

El problema de la alimentación, característico en los niños "MONGOLICOS" recién nacidos, se debe a lo débil de sus reflejos de succión, junto a las vías respiratorias estrechas, que los obligan a respirar por la boca, donde además la lengua se siente estrecha en una cavidad bucal poco desarrollada.

De esta manera durante los primeros tres meses de vida, el niño presenta una serie de movimientos que pueden acercarse a la normalidad, pero hay en él una marcada disposición a la actividad pasiva, permanece largo tiempo inmóvil, durmiendo continuamente y no llora aún para alimentarse.

Desarrollo Motor

A partir de los 6 meses se advierte un retraso motor el en organismo del niño con Síndrome de Down muy significativo; empieza a sentarse sin apoyo por término medio a los 11 meses (de 6 a 36 meses); gatea después del primer año de vida; camina sin ayuda a los 2 años (margen entre 1 y 4 años), una proporción razonable, sin embargo, se sienta y camina a la edad usual y aunque el retraso sea profundo, rara vez el "MONGOLICO" de edad avanzada es incapaz de caminar.

Desarrollo del Lenguaje

El lenguaje es la expresión del pensamiento fundamental para la comunicación, el cual se manifiesta a través de la expresión oral, gestual y mímica.

Según Lenneberg, el lenguaje se desarrolla después de una maduración regular, incluso en ni en quienes el proceso se obstaculiza por deficiencia mental como en el Síndrome de Down.

El lenguaje oral se inicia en el niño, entre el primero y segundo año, pues ha logrado un grado de madurez neuromuscular que se lo permite. Según Kolb (1976), primero el niño usa interjecciones para expresar sus estados emocionales. Más tarde señala con nombres, después viene el uso de los verbos y al final del segundo año el niño ya forma oraciones simples.

El niño indica que ya puede distinguir entre otros y él mismo, cuando empieza a usar pronombres y enriquece su actividad informativa, cuando aprende a utilizar adjetivos y adverbios.

Para que haya un lenguaje significativo se requiere en el niño un cierto grado de abstracción que implica comprensión y expresión.

En esta area se registra el índice más bajo de progresión del niño con Síndrome de Down. Uno de los factores que impide en mayor medida que le lenguaje oral se desarrolle al máximo, es la capacidad de mímica que tienen estos niños ya que no pueden expresar oralmente su pensamiento; otro factor, es la malformación de su cavidad bucal.

En estudios realizados por Gessell y Amatruda (1981) encontraron que los niños con Síndrome de Down utilizan palabras y posiblemente frases a los 3 años y oraciones a los 6 años.

Generalmente, el lenguaje se amplía más tarde que la fase ambulatoria..

Los factores que intervienen en el desarrollo del niño con Síndrome de Down, así como en el niño normal; son: la familia, la atención médica y psicopedagógica.

La alteración o el poco desarrollo del lenguaje está determinando por la combinación de alteraciones congénitas psiconeuromotoras que se encuentran en los niños "mongolicos".

Es necesario recordar la gran importancia que las perturbaciones de origen cromosómico tienen en relación a la comunicación humana, ya que esta anomalía determina daños en una gran variedad de tejidos orgánicos, deteriorando especialmente el sistema nervioso central y afectando consecuentemente las sensopercepciones, la mototricidad, los procesos asociativos de comprensión y expresión, y por lo tanto de aprendizaje y de lenguaje, ya que estos requieren entre otros, dos elementos fundamentales:

- El aportado por condiciones biológicas y de maduración del sistema nervioso central; y
- El proporcionado por el medio ambiente social.

Cuando existe una alteración en la función bioquímica y orgánica del sistema nervioso, esta va a impedir que entren estímulos adecuados, que se generen respuestas o cambios de respuestas correctas. Consecuentemente no habrá en estos casos aprendizajes normales, sino respuestas patológicas con aprendizajes alterados.

El lenguaje como medio de comunicación

El lenguaje, introduce al niño en el medio social y es el principal instrumento de la comunicación, en esta area se registra el índice más bajo de progresión del niño con Síndrome de Down. Su expresión es menor a la comprensión. Uno de los factores que impide en mayor medida que el lenguaje oral se desarrolle al máximo, es la capacidad de mímica que tienen estos niños, con ella expresan todo lo que quieren, por lo que no les resulta necesario hablar perfectamente.

La obstrucción nasal, respiración oral, rinolalia cerrada, rinorrea anterior, cavidad bucal pequeña y lengua demasiado grande para ella, son trastornos característicos del Síndrome de Down que impiden un desarrollo normal del lenguaje.

Los niños mongolicos pequeños, gritan, balbucean, se agitan y esfuerzan ante estímulos que se le presentan. No pueden pensar en sentido convencional, pero sí sentir y ese sentir los empuja con una energía torturante a tratar de seguir a los seres que tal vez pueden tomarlos en brazos y acariciarlos. El ansia de cariño es excesivamente grande porque el afecto es a veces lo único con lo que pueden establecer contacto con el mundo que los rodea.

El balbuceo se presenta tardíamente, en ocasiones comienzan a hablar entre los dos y medio y tres años, aunque algunos nunca lo llegan a hacer de manera aceptable.

Cuando el niño empieza a hablar, lo hace por sílabas más tarde usa frases y por último las oraciones. El niño MONGOLICO sabe tres palabras aparte de mamá y papá a los tres años, y a los seis posiblemente oraciones o quizás hasta los siete y ocho años.

Importancia de la estimulación en la Adquisición del Lenguaje

El lenguaje en niños institucionalizados o que estando en su hogar son separados del resto de la familia, se desarrolla más lentamente y en ocasiones es nulo, ya que el eje del aprendizaje es inducido por la afectividad.

Por lo general el lenguaje se amplía dos años más tarde que la deambulación. Solo en casos el que la hipotonía sea muy acentuada se desarrollará primero el lenguaje.

Es frecuente encontrar en los niños más inteligentes, el tartamudeo, pues carecen de expresión suficiente como para traducir su pensamiento en lenguaje.

La articulación de las palabras es típicamente deficiente, la voz es de tono bajo y a menudo ronca cuando aumenta la edad. La fonación es áspera, y profunda. La palabra hablada es confusa, minada y generalmente poco estructurada, el hilo de la conversación suele ser frenado y entrecortado. La estructuración de las frases (sintaxis) es muy complicado.

Varios fonemas le son difíciles de pronunciar y muchos los pronuncian incorrectamente. Por su voz gutural y ronca se le dificulta hablar clara e inteligiblemente, su vocabulario es limitado pero en muchos casos se debe a la falta de estimulación.

Como le es difícil expresar lo abstracto entonces recurren a la mímica. La mayoría tienen buena memoria y aprenden palabras nuevas y las retienen en forma permanente.

Conversación y cambio de ideas como medio de unión social entre seres humanos, no existe para muchos mongolicos.

Algunos pueden relacionarse con su medio casi como un niño normal. Cuando desde sus primeros días los padres se preocupan, el niño alcanza mejores formas de comunicarse y desenvolverse en su medio ambiente; es conveniente tratarlos como niños sanos sin exigirles demasiado. Se conocen casos en que los niños mongolicos han aprendido hasta dos idiomas, aunque una cantidad muy poco significativa, siendo estos niños aceptados y estimulados por su familia y recibiendo constante tratamiento médico.

En el Centro de Educación Experimental del Colegio de Educación en la Universidad de Washington, los niños con síndrome Down logran al año, decir mamá o papá, imitar sonidos de palabras, enseña objetos y vocaliza.

A los 3 años responde correctamente sí o no, usa nombre, adjetivos y pronombres, dice además su nombre. A los 6 años lee de 25 a 50 o más palabras, lee en voz alta y concuestionarioa las preguntas: que y quién, deletrea nombres y palabras sencillas como: alto, gato, y salón.

A los 8 años escoge verbos en palabras, lee párrafos en voz alta de 3 y 4 oraciones, dice la idea principal de un cuento, predice lo que pasará en el cuento, lee con la vista párrafos de 3 o 4 oraciones, interpreta los sentimientos de quién interviene en el párrafo, usa libro para narrar una historia infantil. Logra una buena comunicación verbal y por otros medios (teléfonos y cartas).

Fisiología de la Voz

La voz característica de los mongolicos se debe a que las cuerdas bucales son hipotónicas y producen una frecuencia vibratoria más baja de lo normal. El timbre de la voz es áspero por falta de contacto uniforme de los bordes libres de las cuerdas vocales. Las cavidades de resonancia destinadas y configuradas con poco tono muscular, apagan el sonido haciéndolo profundo y sombrío. Por la conjugación de los factores hipotónicos de las cuerdas vocales y de cavidades de resonancia se obtiene con dificultad la armonía melódica de la emisión vocal.

A estos factores hay que agregar la deficiente energía de contracción entre el velo del paladar y la pared posterior de la faringe, lo que agrega una cierta hipernasalidad en la voz de estos niños que algunas veces se ve compensada por la hipertrofía de cornetes nasales que frecuentemente se encuentra presente.

Procesos Cognoscitivos

Memoria

El niño con síndrome Down, tiene muy buena memoria y difícilmente olvida lo que aprende bien. Desarrolla más rápido su memoria visual que auditiva, pues generalmente tiene más estímulos de la primera. Si está bien entrenado puede adquirir buena memoria sensorial ya que tiene posibilidades de reconocer y evocar estímulos, además tiene muy buena percepción.

Pensamiento

Se encuentra disminuido a diferentes niveles en el niño con Síndrome de Down, ya que depende del constante entrenamiento y estimulación que hayan tenido. Le es difícil manejar la abstracción de los conceptos perceptuales (forma color, tamaño y posición) para aplicarlos en una representación simbólica, y por la cual le resulta muy difícil el aprendizaje de símbolos gráficos.

rística más importante es que el niño con Sindrome de Down, nace con un temperamento alegre y agradable, y esto contribuye a la felicidad de los demás, tanto como la suya propia.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN

El crecimiento y desarrollo del niño con Sindrome Down, puede ser modificado mediante la intervención de factores determinantes como con la familia, el tratamiento médico y psicopedagógico, que a continuación se mencionaran:

1.- La Familia
   a) El nacimiento del niño.
   b) Los prejuicios socio-culturales.
   c) Sobreprotección y rechazo.
   d) Actitudes de los padres.
   e) Necesidad de Orientación.

Los padres deben conocer tres cosas importantes:

- Que es el sindrome de Down y de que manera afectará la vida del niño.
- Deben comprender la gravedad del problema físico del niño y de que manera alterará la vida y funciones del mismo.
- Deben conocer las opciones con que pueden contar para el tratamiento físico y psíquico de su hijo y efectividad de estos métodos.

Como padres tienen el derecho de decidir el empleo de una medida potencialmente salvadora; tratarán los problemas de su hijo afectando, en forma franca y abierta con el médico. Este sabrá comprenderlos deseos de los padres y por eso es importante hablarles con franqueza.

Generalmente cuando los niños están en tratamiento o control médico y psicopedagógico-terapéutico, los padres esperan por medio de operaciones ó medicamentos, curen a sus hijos y vuelvan a la normalidad, estos padres llevan tarde o temprano un desengaño. Al respecto Wunderlich (1969) dice " hasta el momento actual es imposible o mejor dicho no existe ninguna posibilidad de curar o modificar por medio de nuestro tratamiento la causa de las alteraciones del mongolismo, es decir, trisomía 21. A pesar de todos nuestros esfuerzos, su hijo continuará poseyendo un cromosoma supernumerario y por lo tanto continuará siendo mongolico.

Los primeros períodos de adaptación significan una tensión para la pareja, por ello también es importante la franqueza total, necesaria para asegurar el respeto y la consideración de los sentimientos y los deseos de cada uno.

rística más importante es que el niño con Sindrome de Down, nace con un temperamento alegre y agradable, y esto contribuye a la felicidad de los demás, tanto como la suya propia.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN

El crecimiento y desarrollo del niño con Sindrome Down, puede ser modificado mediante la intervención de factores determinantes como con la familia, el tratamiento médico y psicopedagógico, que a continuación se mencionaran:

1.- La Familia
   a) El nacimiento del niño.
   b) Los prejuicios socio-culturales.
   c) Sobreprotección y rechazo.
   d) Actitudes de los padres.
   e) Necesidad de Orientación.

Los padres deben conocer tres cosas importantes:

- Que es el sindrome de Down y de que manera afectará la vida del niño.
- Deben comprender la gravedad del problema físico del niño y de que manera alterará la vida y funciones del mismo.
- Deben conocer las opciones con que pueden contar para el tratamiento físico y psíquico de su hijo y efectividad de estos métodos.

Como padres tienen el derecho de decidir el empleo de una medida potencialmente salvadora; tratarán los problemas de su hijo afectando, en forma franca y abierta con el médico. Este sabrá comprenderlos deseos de los padres y por eso es importante hablarles con franqueza.

Generalmente cuando los niños están en tratamiento o control médico y psicopedagógico-terapéutico, los padres esperan por medio de operaciones ó medicamentos, curen a sus hijos y vuelvan a la normalidad, estos padres llevan tarde o temprano un desengaño. Al respecto Wunderlich (1969) dice " hasta el momento actual es imposible o mejor dicho no existe ninguna posibilidad de curar o modificar por medio de nuestro tratamiento la causa de las alteraciones del mongolismo, es decir, trisomía 21. A pesar de todos nuestros esfuerzos, su hijo continuará poseyendo un cromosoma supernumerario y por lo tanto continuará siendo mongolico.

Los primeros períodos de adaptación significan una tensión para la pareja, por ello también es importante la franqueza total, necesaria para asegurar el respeto y la consideración de los sentimientos y los deseos de cada uno.

La familia es una identidad activa y funcional, cuya influencia es determinante para el desarrollo de los hijos, generalmente se desarrollan mejor dentro de este ambiente. Junto a las consecuencias de la alteración cromosomica, el desarrollo global del niño mongolico, esta condicionado por las reacciones del medio y por la posición que tenga dentro de él. Sabemos que la relación madre- hijo durante los primeros años de vida es de vital importancia para su desarrollo. Debe dedicar considerablemente tiempo al niño para conocerlo, aceptarlo y quererlo tal como es.

Alternativa

Actualmente existen instituciones en diversas partes del mundo que pueden ayudar a los padres de familia dándoles información sobre los servicios de atención médica y pedagógica especial.

Lo ideal es que ambos padres se dediquen a vigilar, a entender y a dar de comer al niño y así, viéndolo crecer y desarrollar su personalidad y progresar dentro de lo que sus posibilidades se lo permitan, obtendrán los conocimientos más valiosos.

Otros factores que influyen bastante dentro del ambiente familiar son: su estructura, la edad de los padres, el status socioeconómico, el número y sucesión de los hijos y la religión. Deben tenerse en cuenta siempre.

La actitud de ocultar el problema solo aumenta las habladurías de la gente, los problemas familiares se hacen mayores y el niño necesitado de ayuda, carece en este caso, completamente de ella. Cuando la familia acepta abiertamente la situación, es capaz de intercambiar puntos de vista con otras personas y así ganarse su comprensión. En lugar de evitar mencionar el problema ante los amigos por vergüenza, estos le brindarán la oportunidad de desahogarse emocionalmente.

No gastarán lágrimas inútiles, ni sentir pena o compasión de sí mismos, ya que hay que canalizar todas sus energías en busca de acciones constructivas. Si los padres aceptan a su hijo tal como es, albergarán expectativas realistas acerca de él. Cuando el niño se encuentra dentro de un ambiente emocional equilibrado, se desarrollará confianza de sí mismo y favorecerá el nivel de sus realizaciones.

Otras alternativas son:

a) El Tratamiento Médico.
b) El Tratamiento con Vitaminas.
c) El Tratamiento Hormonal.
d) El Tratamiento de células muertas y disecadas.
e) El Tratamiento Terapéutico del niño mongolico.
f) El Tratamiento Psicopedagógico.

La finalidad de educar es dar directrices al niño mongolico y a sus padres para poder ver, vivir y concuestionarioar a su medio ambiente de manera correcta.

El tratamiento psicopedagógico comprende: participación paterna, evaluación, intervención inicial y continua basadas en habilidades comunicativas, sociales motoras, cognoscitivas y desarrollo secuencial.

Generalmente para establecer el diagnóstico del niño mongolico se basan en pruebas psicométricas, pero estas no deben sustituir las observaciones, sino confirmarlas, asegurarlas, racionalizarlas y profundizarlas. Entre los cuestionarios y el niño, se halla situada la personalidad del explorado. Por ultimo es muy importante en los deficientes, ya que estos intuyen muy bien la posición que adopta el explorador frente a ellos.

La Terapia Ocupacional como parte del Proceso Rehabilitativo del Niño con Síndrome de Down

La mayoría de los casos de niños con sindrome de Down, nacen de madres mayores de 35 años, por el envejecimiento progresivo de las células reproductoras, aunque también sucede en madres muy jóvenes, por falta de madurez de dichas células y debido a causas hereditarias y genéticas. Si el síndrome es detectado aún en su fase embrionaria se puede dar un tratamiento médico especial que ayude al aumento en talla y disminuya los efectos de alteración cromosomica.

Hay varios factores que influyen en la superación de este niño, para que sea útil a la sociedad, siendo el más importante, la familia, pues de ella depende que se lleve a cabo todos los demás.

- Fijar la atención y prolongar paulatinamente su duración
- fomentar la capacidad de expresión
- Incrementar la capacidad de comunicación
- apoyar rítmica y melódicamente la terapia del lenguaje y los conocimientos adquiridos.

Ludoterapia.

Es fundamental para el desarrollo de la personalidad del niño mongolico. Mediante el juego el niño aflora sus sentimientos, emociones y conflictos. Es una terapia muy positiva para el desenvolvimiento del niño y su adecuada interacción e integración en el medio ambiente.

Expresión Artística.

Es un medio de expresión y de comunicación en todo niño. El arte es una manifestación y un instrumento maravilloso para que los niños transmitan sus sentimientos y sus capacidades de socialización.

Musicoterapia.

De tal manera que se hace necesario darles una educación específica para la satisfacción de sus necesidades y explotación al máximo de sus potecialidades.

Necesaria para completar la educación del niño mongolico en la escuela. Se trabaja con ritmo, sonido, forma y dinámica; los niños aprenden a ejecutar piezas musicales con instrumentos; con el sonido desarrollan la percepción auditiva en todos sus aspectos.

Los objetivos básicos de la musicoterapia son:

- desarrollar habilidades perceptivo-motrices
- estimulación sensoperceptiva.

PARTE SEGUNDA
EL TEATRO - UN ARTE COMPLETO

I.-EL TEATRO,ESPECTACULO Y METODO TERAPEUTICO

Su característica fundamental es lograr unas formas bellas de hacer a través de sus elementos. Busca principalmente la belleza y pone en juego el concepto simbólico mágico del teatro. Su fin primario era recrear el espectáculo y divertir a la vez que transmitir un mensaje y hacer arte. Sin embargo en la actualidad está cobrando gran importancia el contenido que se hace llegar al publico a través del movimiento de masas, música, danza, gran esplendor en el vestuario riqueza en el colorido, desbordamiento de luminotecnia y un nuevo rublo, un método de recreación que hasta puede ser terapéutico para quien lo goza como también para quien lo realiza.

Este teatro actual responde más al concepto de teatro mágico, algo capaz de crear un alma colectiva,en ara ala cual se ofrece su propia individualidad.

Cómo en todos los tiempos el espectador se siente inmerso en ella, en donde se da una real comunicación, no individual sino colectiva; de valores,de ideas, o situaciones que hacen pensar,o sentir, reír,llorar y que afloran en nosotros aceptación o rechazo a determinadas ideas pero nunca en forma violenta; pues el teatro tiene como característica el que no descompone el estado animico del espectador en general, salvo claro algunas excepciones,pues el teatro es integrador por ser el propio espectáculo armónico y estético.

El teatro tiene un valor eminentemente formativo tanto para el actor como para el espectador siempre y cuando este sea constructivo y realista.

En el teatro como método terapéutico la unidad y el ritmo es fundamental. La variedad de elementos exigen un esfuerzo, concentración y repetición para lograr un equilibrio y armonía que de por resultado la prescindible comunicación con el espectador motivando su capacidad de captación y de reflexión.

El teatro es sobre todo participación viva y activa entre los actores y el público, tenemos que decir con visión educativa que el hecho teatral no solo es una comunicación activa donde se utilizan a veces como, vía la explosión, totalmente irracional y primitiva de lo más instintiva del hombre.

Nos parece que ello es una subestimación de él, al cuál dejamos en el plano de lo instintivo e irracional, y despojamos al hecho teatral de su esencia, que es el sentido mágico simbólico, el de su fantasía o imaginación, que en definitiva son características diferenciadoras del hombre, con el resto de los seres de la creación. Desde el aspecto pedagógico y terapéutico encontramos que

lo seres humanos son capases de encontrarse, comunicarse y asociarse alrededor de la comprensión de un símbolo, de una mística, aunque sea brevemente, el ser humano se realiza como tal y se siente más libre, pues sí bien se objeta que el dar salida al mundo instintivo del hombre rompiendo moldes y prejuicios se liberaliza, sin embargo, tenemos que movidos por un afán de verdad, que si esto se institucionaliza en otras formas, cual es la que impone los instintos; por tanto, si es cierto que en el Teatro-espectáculo no se da esta explosión de energías, también es cierto que se da una comunicación mas perfecta, mas humana, en la que el hombre se le estima en toda su realidad y plenitud.

Y por ultimo, este teatro-espectáculo y terapéutico ofrece la posibilidad de cultivar el sentimiento estético,y la sensibilidad del adolescente.

SEMIOLOGIA DEL ESPECTACULO

El término semiología irrumpió en las ciencias humanistas gracias a Ferdinand de Saussure, lingüista suizo, en su Curso de Lingüística General publicado después de su muerte en 1916.

La Semilogía es la ciencia que estudia los principios generales que rigen el funcionamiento de los sistemas de signos ó códigos y que establece la tipología de estos.

La semilogía es una ciencia que estudia la vida de los signos dentro de la vida social.

Saussure dice: "La lingüística entra en una ciencia más general la semiología - que tiene por objeto los sistemas de signos cuyo tipo más importante es la lengua".

"La lengua es un sistema de signos que expresan ideas, y es por lo tanto comparable a la escritura, al alfabeto de los sordomudos, a los ritos simbólicos, a las formas de urbanidad, a las señales militares, etc."

La semilogía es conocida también como semiótica y aspira a ser, en la actualidad, la ciencia de las ciencias.

Signo.

Definiremos el signo como una entidad que a) puede hacerse sensible, y b) para un grupo definido de usuarios señala una ausencia en sí misma. La parte del signo puede hacerse sensible se llama, para Saussure, significante; la parte ausente, significado y la relación que mantiene ambas, significación. (definición del signo lingüístico).

El significado corresponde al contenido, el significante ala expresión, es decir, lo físico, el material sonoro.

Clases de Signos.

El signo no es forzosamente lingüístico. Hay signos verbales y signos no verbales. Entre los primeros estarían las palabras (a nivel sonoro) y entre los segundos el lenguaje gestual, las rutas, modas, marcos, etc.

DIFERENCIA ENTRE SIGNOS NATURALES Y SIGNOS ARTIFICALES.

La diferencia depende del plano de la emisión y no de la percepción, y a su vez está determinada por la existencia o ausencia de voluntad de emitir un signo.

El signo en el Teatro.

Los signos que emplea el arte teatral pertenecen todos a la categoría de signos artificales. Son consecuencia de un proceso voluntario, casi siempre creados con premeditación. Tienen por objeto comunicar instantáneamente, lo cual no es de sorprender en un arte que no puede existir sin público. Emitidos voluntariamente, con plena conciencia de comunicar, los signos teatrales son perfectamente funcionales.

El Espectáculo transforma los signos naturales en signos artificiales pues tiene el poder de artificializar los signos.

Entre todas las artes, y quizás entre todos los campos de la actividad humana, el arte del espectáculo es donde el signo se manifiesta con mayor riqueza, variedad y densidad.

La palabra pronunciada por el actor tiene en primer lugar su significación lingüística, es decir, es el signo de los objetos, las personas, los sentimientos, las ideas o sus interrelaciones que el autor del texto a querido evocar. Pero la entonación de la voz del actor, la manera de pronunciar esa palabra puede cambiar su valor, la Mímica del rostro y el gesto de la mano pueden acentuar el significado de las palabras, desmentirlo o darle un matiz particular; la postura corporal del actor y su posición con relación a sus compañeros tienen un valor emotivo y significativo diferente.

En la Representación teatral todo es signo. Una columna de cartón significa que la escena transcurre ante un palacio. La luz del proyector revela un trono, y nos hallamos ya en el interior del palacio. Una corona sobre la cabeza del actor es signo de realeza, mientras que las arrugas y la palidez del rostro logrados mediante afeites, y los pies que se arrastran son otros tantos signos de la vejez; al galope de caballos que se oye cada vez con mayor intensidad de entre bastidores, signo de que se aproxima un viajero.

No debemos olvidar que en el teatro todos los signos son artificiales. Ello no excluye de la representación teatral los signos naturales. En tales casos, los signos naturales se confunden con los artificiales. Pero para el teórico, las complicaciones van aún más lejos. La voz temblorosa de un actor joven que representa el papel de viejo es un signo artificial. Por el contrario, la temblorosa de un actor octagenerio, puesto que no es voluntariamente creada, es un signo natural tanto en la vida como en el escenario. Pero al mismo tiempo es un signo voluntario y conscientemente empleado en el caso de que ese actor represente a un personaje de mucha edad. No lo es por voluntad del actor, puesto que el no puede hablar en otra forma; su voz se convierte en signo artificial por voluntad del director de teatro que lo ha elegido para tal papel.

En el teatro distinguimos trece signos que pueden ser auditivos y visuales:

La palabra y el tono (acento) corresponden al texto pronunciado; la mímica del rostro, el gesto, el movimiento escénico del actor pertenecen a la expresión corporal; el maquillaje, el peinado, el traje, a la apariencia exterior del actor; todos estos signos son propiedad del actor.

Los accesorios, los decorados y la iluminación corresponden al aspecto del espacio escénico; la música y el sonido, se ubican dentro de los efectos sonoros no articulados; estos están fuera del actor.

La palabra, el tono, la música y el sonido reúnen los signos auditivos (o sonoros o acústicos) mientras que todos los otros reúnen los signos visuales (u ópticos). Con esta última clasificación, basada sobre la percepción de los signos, se relaciona la que los coloca con relación al tiempo y al espacio. Los signos auditivos se comunican en el tiempo. El caso de los signos visuales es más complejo: unos (maquillaje, peinado, vestuario, accesorios, decorado) son en principio espaciales otros (mímica, gesto, movimiento, iluminación) funcionan generalmente en el espacio y en el tiempo a la vez.

SEMIOLOGIA APLICADA

Los trece signos teatrales son:

1.- LA PALABRA

Esta presente en la mayoría de representaciones teatrales (salvo en la pantomima y el ballet). Su papel varía según el género dramático, las modas literarias y teatrales, los estilos de puesta en escena, etc. Consideramos que en el teatro la palabra es lo pronunciado por los actores en una representación.

La palabra puede situarse en diferentes planos:

a - Semántico b - Fonologíco c - Sintáctico

El problema de las relaciones entre el sujeto que habla y el origen físico de la palabra es específicamente teatral. Por ejemplo, en la representación de títeres, donde los personajes, desde el punto de vista visual están representados por muñecos, en tanto las palabras son pronunciadas por artistas invisibles.

A veces el procedimiento de títeres puede imitarse en la representación dramática, con actores vivos, pero entonces el papel semiológico de este juego, es enteramente diferente.

La separación de la palabra y el sujeto que habla, es un recurso bastante difundido en el teatro contemporáneo, gracias a las técnicas modernas, puede revestir diferentes formas y representar distintos papeles semiológicos como un signo monólogo interior del héroe, signo de un narrador visible o invisible y de un personaje colectivo de un espectro, etc.-

Dentro de otras técnicas teatrales modernas, la de Gortowsky, por ejemplo, el tratamiento de la emisión de sonido al pronunciar el texto por medio de sonidos orgánicos altera también la significación primaria estricta del texto escrito.

2.- TONO

La palabra no sólo es signo lingüístico. La forma en que se pronuncia le otorga un valor semiológico suplementario. El tono estaría dentro de la función expresiva del lenguaje, según el esquema de la comunicación de Jackobson.-

La dicción puede hacer que una palabra aparentemente neutra o indiferente producen los efectos más variados y más inesperados, Un autor de la compañía Stanislavski llegó llego a ser famoso por la cuarenta formas de decir la palabras "esta tarde" y sus oyentes en la mayoría de los casos podían adivinar el contexto semántico. Con lo que aquí llamamos tono (cuyo instrumento es la voz del actor) comprende elementos tales como la entonación , el ritmo, la velocidad, la intensidad. La entonación, sobre todo, valiéndose de la altura de los sonidos y su timbre, y a través de toda suerte de modulaciones crean los mas variados signos.

El acento:

Hay que colocar asimismo dentro de este sistema de signos lo que llamamos el acento, aunque el tono y la palabra propiamente dicha (en el plano fonologíco y sintáctico) compartan los signos del acento. Por el acento podemos distinguir el rango social y la localidad geográfica de un personaje: acento campesino, aristocrático, provinciano, extranjero.

Cada signo lingüístico entonces, posee una forma normalizada (la palabra como tal) y también variaciones (el tono) que constituyen un "terreno de libertad" (a. moles) que cada individuo hablante, y sobre todo el actor explota de una manera mas o menos original. Esas variaciones pueden tener un valor puramente estético y puede también constituirse.

3.- LA MIMICA DEL ROSTRO

Pasemos ahora a la expresión corporal del autor, a los signos especiales temporales creados por las técnicas del cuerpo humano, signos que podríamos llamar kinestesicos, o cinéticos.

Empezaremos por la mímica del rostro por que es el sistema de signos kinestesicos mas relacionados con la expresión verbal. Hay una gran cantidad de signos mímicos impuestos por la articulación; en ese plano es difícil precisar el límite de la mímica espontanea y la mímica voluntaria, entre los signos naturales y artificiales.

Por el contrario los signos mímicos en función del texto pronunciado por el actor es decir la palabra en plano semántico en la mayoría de los casos son signos artificiales. Al acompañar la palabra la torna mas expresiva, mas significativa; pero también puede suceder que atenúen los signos de la palabra o los contradigan .

Los signos musculares del rostro tienen un valor expresivo tan grande que a veces remplanzan, y con exito, la palabra. También hay toda clase de signos mímicos ligados a la forma de comunicación no lingüística, a las emociones, a las sensaciones corporales agradables o desagradables a las sensaciones musculares, etc.

4.- EL GESTO

Después de la palabra el gesto constituye el medio mas rico y flexible de expresar los pensamientos es decir: el sistema de signos mas desarrollado. Los teóricos del gesto sostienen que es posible hacer con la mano y el brazo hasta setecientos mil signos (R. Paget). En cuanto al arte del espectáculo, merece señalarse que los ochocientos signos efectuados con las dos manos por los actores del Kathakli o drama danzado, desde el punto de vista cuantitativo permite a los personajes entablar largos diálogos. Al diferenciar el gesto de los demás sistemas kinestesicos, lo consideran como movimiento o actitud de la mano, del brazo, de la pierna de la cabeza del cuerpo entero, para crear o comunicar signos los gestos son mas o menos convencionales y conviene subrayar que las artes del espectáculo en determinados países como los de Asia los gestos son signos superconvencionales cuidadosamente codificados y transmitidos de generación en generación solo accesibles al público iniciado. Cabe recordar el uso del gesto estereotipado en el Ballet en la tragedia y aun en la vida real.

El tercer sistema de signos kinesicos comprenden los dos desplazamientos del actor y las posiciones dentro del espacio escénico se trata sobre todo de:

- los sucesivos lugares ocupados en relación a los demás actores los accesorios, los elementos del decorado los espectadores; las diferentes formas de desplazarse entradas y salidas;

movimientos colectivos, etc. Estas categorías principales del movimiento escénico del actor consideradas desde el punto de vista semiologico, pueden proporcionarnos los signos mas diversos. Por ejemplo el andar titubeante es signo de embriaguez o extrema fatiga dar pasos hacia atrás es signo de reverencia exigida por el protocolo de timidez de desconfianza de persona a quien se deja o de afecto la entrada del actor lo mismo que su salida es supuesta desde el patio, jardín o la puerta, etc. Por ultimo los movimientos de grupo y las multitudes pueden crear signos específicos diferentes que la suma de signos suministrados por los movimientos individuales por ejemplo la marcha lenta y apatía se convierte en un signo de fuerza amenazante cuando lo cumplen varias decenas de comparsas o sea grupos provenientes de todas direcciones.

6.- EL MAQUILLAJE

Tiene por objeto hacer resaltar el valor del rostro del actor que aparece en escena en ciertas condiciones de luz junto con mímica, gracias a los movimientos de los musculos de la cara crea sobre todo signos móviles el maquillaje forma signos del carácter mas duradero.

El maquillaje puede crear signos relativos a raza la edad, el estado de salud, el temperamento. Generalmente se fundan en signos naturales. Por medio del maquillaje se llega a comprender el conjunto de signos que constituye un personaje también permite representar una personalidad histórica o contemporanea como sistema de signos, el maquillaje esta en interdependencia directamente con la mímica del rostro los signos de los dos sistemas se refuerzan mutuamente y ayudan a la representación del personal.

7.- EL PEINADO

Como producto artesanal a menudo se clasifica el peinado teatral dentro del cuadro del maquillaje y como fenómeno artístico pertenece al dominio del diseñador del vestuario.

El peinado puede representar un papel aparte del maquillaje y del vestuario en ciertos casos decisivos por ejemplo las pelucas del siglo XV del siglo XVI de los años 60,etc. El poder semiologico del peinado reside en el estilo y el estado cuidadoso en que se presenta.

8.- EL TRAJE

El traje constituye en el teatro el medio mas externo, mas convencional de definir al individuo humano el traje transforma al actor X en Marahá Indu, en mesero, en rey antiguo en capitán de barco, etc. El traje señala el sexo, la edad la clase social la nacionalidad la religión y la personalidad histórica o contemporanea el traje puede señalar toda clase de matices con la

situación material del personaje y sus rasgos de carácter en el teatro contemporáneo el traje apoya la actuación y la expresión corporal a través de diversos mecanismos de vestuario que dan mayor expresión al cuerpo y al actor.

9.- EL ACCESORIO

Los accesorios constituyen por muchas razones un sistema autónomo de signos. Dentro de esa clasificación se los sitúa mejor entre el traje y el decorado porque muchos casos fronterizos se aproximan uno al otro todo elemento de vestuario puede convertirse en accesorio cuando desempeña un papel particular, independiente de las funciones semilógicas del vestuario así por ejemplo, el bastón es indispensable para el vestuario de un Dandi, Etc. Una multitud de objetos existentes en la naturaleza y en la vida social pueden transformarse en accesorios de teatro.

10.- EL DECORADO

También se llama aparato escénico o estenografía su tarea primordial consisten en representar el lugar, lugar geográfico, lugar social época histórica estación, hora,etc. Además la acción semiológica de fijar la acción en el tiempo y el espacio el decorado puede contener signos relacionados con las circunstancias mas diversas.

Los medios empleados por el decorado son sumamente diversos su elección depende de la tradición teatral de la época, de las corrientes artísticas de los gustos personales de las condiciones materiales del espectáculo. Esta el decorado abundante en detalles y el que se reduce a elementos esenciales y aun a un solo elemento.

11.- LA ILUMINACION

En el teatro la iluminación es un elemento reciente (Francia lo introduce en el siglo XVII). Puede tener un papel semiológico autónomo pese a que ha sido explotada para realizar los otros medios de expresión. La iluminación teatral puede delimitar el lugar teatral los focos concentrados sobre una parte del escenario significan el lugar de acción en ese momento y la luz del proyector permite también aislar a un actor o accesorio. Lo hace no solamente para delimitar un lugar físico sino también para poner de relieve a tal actor o tal objeto con relación a su contorno se convierte entonces en signo de importancia momentánea o absoluta del actor o determinado personaje. Otra función importante de la iluminación consiste en la posibilidad de ampliar o modificar el valor del gesto da movimiento el decorado y hasta de agregar un valor nuevo; el rostro el cuerpo del actor es fragmento del decorado a veces son modelados por la luz este signo es de vital importancia en el teatro contemporáneo ya que permite un mayor realce de la dramatización.

12.- LA MUSICA

La música que es uno de los grandes terrenos del arte exigirá estudios especializados para descubrir sus aspectos semánticos o semiológicos siempre ha sido evidente el valor significativo de la música programada o de la música imitativa. Pero a través de ella es posible analizar estructuras fundamentales de la música que darán realce a la actuación como el ritmo, la melodía y la armonía. La música causa efectos específicos como temor, dulzura, suavidad relevancia, importancia y profundidad a la actuación del actor en el teatro su papel consiste en subrayar, ampliar, desarrollar, y a veces contradecir los signos de los demás sistemas o reemplazarlos. Las asociaciones rítmicas o melodías ligadas a cierto tipo de música pueden servir para evocar el lugar o la época de la acción ya que la música se manifiesta simultáneamente en dos niveles instrumental o en el nivel bocal.

13.- EL SONIDO

LLegámos a la categoría de los efectos sonoros del espectáculo que no pertenecen ni a la palabra ni a la música los ruidos . En primer lugar hay todo un terreno de signos naturales que siguen siendo signos naturales dentro del escenario y el espectáculo ya que son consecuencias secundaria e involuntaria de la comunicación alcanzada por medio de los otros signos consecuencia que no se puede ni se quiere evitar. Solo nos interesan los ruidos que en la vida son signos naturales o artificiales y que son reconstruidos artificialmente para los fines del espectáculo esto constituye en si el campo del sonido.

ELEMENTOS DE DIRECCION ESCENICA

CONCEPTO DE PUESTA EN ESCENA

La más clara y precisa definición de dirección o puesta en escena la da Touchard cuando dice que es el conjunto de factores por los cuales una pieza escrita se vuelve una pieza interpretada. Este conjunto de factores a los cuales se refiere el tratadista francés ha sido esbozado anteriormente y esta compuesto por los aportes de una cantidad de personas abundadas en dar vida al texto dramático. La pieza escrita es solo obra media y germen de posibilidad. El autor no la ha hecho para ser leída, sino para ser representada. Para ello, se ha acondicionado voluntaria y obligatoriamente una serie de obligaciones que le impone la escena. Entre ellos se cuentan la extensión limitada de un período que actualmente gira entre 2 y 2 1/2 horas de representación, así como la manera de expones el asunto, desarrollándolo a través del diálogos de acción y no por narración, mostrando los sucesos a la vez que no se expresan directa sino indirectamente por medio de los personajes, indirectamente por medio de los personajes.

Y por más que alguno afirme que escribe teatro sólo para ser leído, para comunicarse en la intimidad con el lector, este menosprecio hacia la escena no es sino índice de incapacidad técnica o dudas en cuanto a la capacidad de los intérpretes. Puesto que son estos quienes determinan el éxito o el fracaso de una pieza, pudiendo hacer de una buena obra, un espectáculo deplorable, así como convertir en éxito, un paupérrimo texto literario.

El tan ansiado y peligroso paso de la vida posible a la vida real, la transformación del papel escrito en carne viviente es posible gracias a la puesta en escena que, como dice Baty, restituye a la obra del poeta lo que se había perdido en el camino de su sueño el manuscrito.

LO FUNDAMENTAL EN LA DIRRECCION ESCENICA; EL TRABAJO CON EL ACTOR

Puede un director mostrar insuficiencia de conocimientos y de experiencia en el campo técnico del montaje escénico, es decir, en lo que se refiere a estenografía, luces, etc., pero en lo que se debe tener plena seguridad es en el tratamiento con el actor. Al fin y al cabo, contando con buenos colaboradores plásticos, aquella insuficiencia quedará salvada en gran parte. Pero nada lo salvará y ya no merecerá el apelativo de director escénico, si es que no conoce a fondo los problemas e actuación, puesto que, y nunca está demás decirlo, es el actor el elemento sustantivo del teatro.

Dada su importancia, ampliaremos esta relación, considerando las dos clases o tipos de director que hemos enunciado.

Para el DIRECTOR-TIRANO su relación con el actor es medieval: la del amo al esclavo. Lo único que le interesa es el cuerpo del actor. Su método de trabajo es dictatorial y preciso: mientras realice con más precisión lo que marca el director mejor es el actor. El resultado de este método es la mecanización de este. A veces es necesario el empleo de este método pero no siempre, pues inhibe la capacidad creadora de actor,sin embargo tiene buen resultado.

El método de trabajo del DIRECTOR INSINUANTE es mucho mas lento en la preparación de una obra y si no consigue verdadera colaboración creativa menos efectivo. poco apropiado para grupos de principiantes y aficionados, sin embargo a veces en un montaje esénico hay que combinarlos los dos ya que existen actores con mucha creatividad que hay que hacerles un montaje mínimo y existen otros que hay que marcarle todo pues los grupos son por lo regular heterogéneos;y por esto es tan necesario que el director conozca su reparto.

Por eso es tan conveniente que el director conozca previamente a los actores, sus posibilidades y defectos, a menos que se un eventual director invitado, en cuyo caso se tendrá que proceder cuidadosamente para la elección de su reparto. Pero, Y el actor? Convertido en instrumento pierde su capacidad creativa y a pesar de que aparezca extraordinario en esa producción, su trabajo no es mas que un reflejo y así ocurre que cuando le toca intervenir en otra obra en la que no se emplee el método tiránico, muchas veces se encuentra desoladoramente perdido buscando con angustia el apoyo del director hasta en la solución del más mínimo problema escénico. Sin una mano firme indicándole todo, no haya que hacer. En suma: ha perdido su personalidad creadora; es un instrumento sin instrumentista.

Hemos anotado que a veces se hace necesario el empleo de este método, especialmente en dos casos bien netos: cuando no hay reciprocidad creativa y cuando el tiempo de trabajo es muy corto.

Si el director es persona de experiencia y cultura, mientras el actor es novato y cuenta con educación insuficiente, Que clase de colaboración puede haber? La verdadera colaboración se logra con igualdad de experiencia y en el caso indicado hay un abismo entre actor y director.

Es Lógico suponer entonces que el realizador hará uso de la marcación rigurosa y tomará en cuenta al actor sólo como intermediario para su creación. Sucede también a veces que el tiempo fijado para la preparación de la obra es muy limitado. Ante la premura de representación se justifica también la aplicación de este método. El director llega a los ensayos con un esquema completo del montaje y su trabajo consiste simplemente en imponerlo.

Es comprensible entonces que con grupos de aficionados en que muchas veces los actores no saben pararse en el escenario, se percibe el director-tirano. Especialmente si el director no puede convertirse en profesor de actuación, que sería lo más apropiado.

Disponiendo de un elenco adecuado, la verdadera colaboración creativa se cumple con el director-insinuante. Para éste, el material aprovechable del actor no es tanto su cuerpo como sus facultades creativas. Su método de trabajo consistirá en despertar, alentar y desarrollar todas las potencialidades del actor. No se niega la marcación, pero ésta es elástica. Los movimientos e intenciones pueden cambiar ante propuestas atinadas del actor que suele descubrir cosas valiosas que han sido pasadas por alto y el director, sin sentirse menoscabado en su autoridad, aceptarlas aunque no sigan estrictamente su esquema original.

El método de trabajo del director-insinuante es mucho más lento en la preparación de una obra y si no consigue verdadera colaboración creativa, menos efectivo. Poco apropiado por lo tanto

para conjuntos de aficionados que quieren resultados inmediatos. Requiere además mucho más trabajo por parte del director.

Sin embargo, en el montaje de una pieza,se hace a veces necesario combinar ambos métodos, por la heterogeneidad de los componentes. Hay actores con escasa creatividad, pero con instrumento adecuado para un determinado papel, a los que luego pasan a desarrollarse por su cuenta.

Por eso es tan conveniente que el director conozca previamente a los actores, sus posibilidades y defectos, a menos que sea un eventual director invitado, en cuyo caso tendrá que proceder cuidadosamente para la elección de su reparto.

LA MARCACION DE MOVIMIENTOS

Del trabajo de mesa se pasa al escenario. Ahora los actores toman conciencia del dispositivo escénico que ha trazado el director. Si no se dispone de escenario para trabajar se puede efectuar los ensayos en cualquier local con dimensiones adecuadas. Allí se trazará en el suelo, con exactitud, la posición de los muros y la ubicación de los elementos, fijando debidamente las entradas y salidas, todo esto se marca con yeso o con pintura. En suma, se traza el plano del escenario y de la estenografía que se va a utilizar. Luego, sobre este plano, se sitúa el mobiliario, sustituyéndose el verdadero por sillas, mesas, objetos, etc. que den la idea de la colocación definitiva que va atener el verdadero mobiliario en la escena. Si el dispositivo contempla la utilización de practicables, (plataformas, escaleras, etc.) mientras mas pronto se construyan mejor, pues la imaginación no basta para sustituir problemas de diferentes niveles y a los que el actor debe acostumbrarse.

Una vez trazado el escenario y colocados los muebles, el director indica las ubicaciones y desplazamiento de los actores guié por su plan de movimientos. Los actores deben tomar nota en sus libretos y repetir luego esos desplazamiento para que no quede duda, su ubicación donde deben decir tal réplica, hacia qué lugar van con tal parlamento, etc., hasta que el trazado de cada movimiento el director lo debe motivar y justificar para que no haga suponer que se trata de movimientos gratuitos.

La marcación de movimientos se va haciendo escena por escena, con los actores leyendo su texto en forma plana, sin intentar todavía interpretación. Cuando ya tiene plena posesión del ámbito dramático, el actor debe entrar en la etapa de memorización de su texto conjuntamente con los dezplazamientos. Muchas veces los actores sugieren otros movimientos o indican que no se sienten cómodos con los marcados. Falseada resultaría la actitud del director que, reconociendo que el actor tiene razón, por orgullo o sentimiento excesivo de autoridad mantenga a todo trance su marcación primitiva. En este caso está olvidando que una parte

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

fundamental de su misión es la de ayudar al actor para su mejor interpretación. Por eso conviene a menudo el trazado de los movimientos básicos, que componen el cuadro escénico, dejándole margen al actor para la realización de movimientos secundarios. Una vez que se han trazado los movimientos de un actor, el director se coloca en plan de espectador y haciendo repetir todo el acto puede realizar cambios en los movimientos indicados o crear otros nuevos, ya que recién puede ver en movimiento lo que no eran mas que simples trazos en el papel.

No conviene entrar en la interpretación de un actor antes de haber trazado todos los movimientos de la obra. Cuando se ha terminado la marcación de un acto y se lo ha repetido un cierto número de veces, se continúa con la marcación del acto siguiente, repitiéndose el anterior y pidiéndose ya la memorización de éste.

De manera que al terminarse la marcación el segundo acto, se pueda pasar de memoria el primero y con libreto el segundo. Lo mismo ocurre con respecto al tercer acto: concluida la marcación de éste se pasa el primero y el segundo de memoria. De ésta manera se acelera notablemente el proceso del montaje de la obra.

Durante esta etapa de la marcación de movimientos es indispensable que estén presentes todos los intérpretes, aunque solo intervengan en un acto, así como el jefe de escena y el asistente de dirección, si es que lo hay, que va tomando nota de todos los dezplazamientos para que, posteriormente, puedan vigilar los movimientos de cada escena o acto sin la presencia obligada del director.

LOS ENSAYOS PARCIALES.

Concluida la marcación de movimientos y comenzando el proceso de memorización del texto, se empieza a ensayar parcialmente escena por escena. Para no cansar inútilmente al sector del elenco que no intervienen en algunas escenas pueden dispensarlo de asistir a aquellas en que no toma parte, pero insistiéndoles en que aprendan entre tanto su texto y sigan analizando a sus personajes. Esta etapa es muy delicada para el director, pues como el actor está en proceso de búsqueda puede tomar rumbos equivocados o que no convengan a la intensión del estilo escénico planeado. A menudo ocurre que mientras más talentoso es el actor, mayor es el riesgo de que trate de imponer su punto de vista, ajeno a veces al sentido y estilo que quiere dar el director.

Por lo tanto constituye un momento crucial, en que falta de autoridad puede resultar fatal para el espectáculo. Y por mas condiciones que se tenga en el campo de la dirección, por mucha que sea la cultura y el talento, si el director cede con facilidad ante la personalidad de los actores compromete el éxito final y unitario de la obra. Y como hemos visto anteriormente, el extremo opuesto, o sea, exceso de autoridad, convierte al actor en mero instrumento,

cosa también en extremo negativa. Cual es entonces la medida adecuada? Creemos que está en la consideración de que el director es para el actor antes que nada un orientador y un guío, que le ayuda a elegir medios de expresión y le corrige los defectos de interpretación, siguiendo como dice Moussinac "La escuela del diplomático mas bien que la del cabo de regimiento que sugiera,seduzca,alabe,adule, que haga cualquier cosa mas que dar ordenes; en fin, si es posible, que mantenga a su compañía en la convicción de que la iniciativa nace de ella, no de él".

En esta etapa se distinguen dos tipos de actores y no solo entre los aficionados sino también entre los de escuela y los profesionales empíricos: el actor que crea y el actor que espera que el director cree por él. Con el primero no hay grandes problemas, a menos que el director sea del tipo tiránico. Para este acto la etapa del trabajo de mesa es fundamental, pues acelera todas las intensiones de la obra, del montaje, del director y la estructura de su personaje. Luego de la marcación de movimientos, el director puede desentenderse en gran medida de él, dejándole que cree su interpretación, vigilando, claro está, que no se aparte de la línea acordada. El segundo tipo de actor resulta fastidioso para el director que tiene conciencia del trabajo creador del interprete. Carente de iniciativa, desamparado, si no se le indican gestos, ademanes, actitudes, tonos de voz,pausas, ritmos, exige del director no un guío, sino un modelo que deba imitar. Ante este actor la correcta actitud del director es la de darle armas de carácter psicológico para que abandone esa posición meramente pasiva.

Cuales son esas armas? Fuera de los ensayos debe sondear amistosamente su pensamiento acerca de sí mismo como ser humano, como actor, debe aguijonear su amor propio, darle animo, entusiasmarlo. Realiza así una labor meramente terapéutica para que brote la iniciativa trabada, tratando de que desaparezca la inseguridad de ese actor, que a no otra cosa se debe generalmente su actitud. Es indudablemente que para realizar esta labor, el director requiere, además de convicciones y capacidad, de tiempo. Si no lo tiene suficiente, no le queda otra cosa que marcar, concientemente de que está salvando la obra en detrimento de la creatividad del actor.

También en esta etapa se observan dos formas del actor cuanto al aprendizaje del texto y su interpretación.

LOS ENSAYOS GENERALES

El primer ensayo es mas que nada un ensayo técnico en el que el director cuida:

a) Revisar los trajes cuidadosamente para hacer los arreglos y cambios respectivos

b) Revisar la utilería y todo implemento que se vaya a usar en la obra

c) Observar el maquillaje bajo las luces a usarse y corregir en consecuencia

d) Indicar los saludos, que también forman parte del espectáculo

El segundo ensayo general, encuentra mas seguro a todo su equipo, de manera que el director pueda retornar su atención a los actores, anotando cualquier falla y si es necesario, volver a ensayar aquellas partes en las que hubo errores.

El tercer ensayo general, se hace con publico invitado. El director aprecia entonces a los actores en contacto con el publico receptor del espectáculo. En consecuencia lo que se trata es de llegar al extremo con el suficiente grado de seguridad acerca de los resultados; en todo caso con la conciencia de que se ha hecho cuanto es posible para alcanzar el buen éxito.

PARTE TERCERA

1. FUNDAMENTOS BASICOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

En un principio, gracias a la iniciativa del Dr. Miguel Angel Aguilar Pérez se inicia la rehabilitación del paciente limitado físico, con algunas actividades de Terapia Ocupacional. Los primeros talleres de Terapia Ocupacional, donde realmente se impartió una verdadera Terapia Ocupacional, fueron en el centro de rehabilitación para la Ft. y T.O. Este tipo de terapia se inició en la Universidad de San Carlos de Guatemala, posteriormente a la separación de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Humanidades.

La Terapia Ocupacional es una forma de tratamiento pres-crita por el médico, que utiliza actividades terapéuticas y relacionadas en un ambiente terapéutico. Con el propósito de contribuir a la utilización funcional, de las capacidades residuales y el logro de la máxima independencia social y laboral posible, de pacientes con afecciones físicas o mentales. Es también un conjunto de técnicas de rehabilitación empleadas para la capacitación psicomotriz del individuo, por medio de manualidades y actividades recreativas para reincorporarlo al medio sociolaboral.

El Terapista Ocupacional es una persona preparada para actuar como maestro y organizador, debe poseer un alto grado de comprensión y humanismo, conocimientos relevantes. Tales como:

Fisiología, Anatomía, Patología, Principios de Fisioterápia, Psicología, buenas relaciones humanas, principios de enfermería, trabajos laborales y manuales.

Para poder administrar de manera fructifera la rehabilitación del paciente,brindando cordialidad y haciendo que el mismo paciente se sienta comprendido y parte de una sociedad activa.

También desempeña funciones en equipo hospitalario, hospitales generales y especializados, centros de rehabilitación, programas de educación especial. Por lo tanto debe estar debidamente capacitado para emplear determinadas facetas de su personalidad, en cada una de las situaciones terapéuticas. Al mismo tiempo debe ser intuítivo de manera que pueda ser analizado y valorado, para que su labor con el paciente, sea de beneficio para el y el que recibe el tratamiento.

Entre las atribuciones de Terapia Ocupacional están la de evaluar al paciente física y emocionalmente o sea parte de la evaluación músculo esquéletica, evaluar actividades de la vida diaria. Se refiere al grado de dependencia e independencia del

paciente. También evalúa el grado de fuerza muscular. También debe organizar actividades recreativas con objetivos y metas establecidas, y lógicamente el fin que persigue debe ser concreto. Es muy importante la relación que tenga el Terapista Ocupacional con el Fisioterapista, el trabajador social, médico.

2. TERAPIA OCUPACIONAL EN REHABILITACION

El nivel funcional óptimo al que cada paciente puede aspirar, es una cuestión altamente individual y determinada por el conjunto de circunstancias de cada caso y no por las limitaciones físicas o psicológicas que inciden tanto en el paciente como el terapeuta responsable del tratamiento.

El planteamiento de un programa para determinado paciente requiere unos conocimientos considerables. Su finalidad debe ser, en cualquier situación que se presente, reto para el paciente, un reto que pueda ser aceptado y superado. También debe dar como resultado una serie de actividades en un orden lógico, encaminadas a lograr la mejor situación global posible.

En los casos de trastornos físicos, los defectos de los ejercicios consisten en la mejoría de la fuerza muscular, amplitud articular, amplitud del movimiento articular, coordina-ción, equilibrio, etc. En los procesos psiquiatricos, en cambio pude recurrirse a una determinada actividad, para mejorar específica-mente la capacidad de trabajo y los hábitos normales personales y sociales. Se llama Terapia Ocupacional al método activo de tratamiento con profunda justificación psicológica.

La responsabilidad dada al terapeuta es ayudar al paciente en los campos físico, psicológico, social y económico de su vida. El terapeuta es hoy un especialista entrenado, que a través de un estudio de los aspectos particulares de determinadas ciencias, de los métodos prácticos de valorar la capacidad junto con un análisis de los elementos de un cierto número de actividades y su utilidad en la rehabilitación. Bajo la prescripción del médico, el tratamiento ocupacional de los pacientes que le sean remitidos.

La historia antigua de la terapéutica ocupacional está íntimamente ligada a la de fisioterapia y la gimnasia terapéutica. La Terapia Ocupacional al igual que las otras, se trata de una profesión bien definida, con sus asociaciones profesional, interesada no sólo en los principios éticos y de valorización, sino que también en su posterior estudio y desarrollo. A pesar de que tal como ha sucedido con otras ramas de la terapéutica, su aplicación fuera el principio de carácter empírico cada vez se va conociendo mejor la necesidad de verificar las hipótesis y la formulación de la teoría. También la profesión médica ha comprendido mejor los propósitos de la terapéutica ocupacional, permitiendo su prescripción y utilización.

Mientras tanto, la función del terapeuta ocupacional ha ido definiéndose cada vez más. Trabajar en una variedad de esferas cada día mayor, las cuales son enumeradas y si bien es conveniente que los estudiantes sigan un curso de entrenamiento básico. Las claves del tratamiento están en su selección cuidadosa y en su aplicación apropiada y especializada. Los
terapeutas ocupacionales utilizan la música, el arte y el trabajo industrial de todo tipo como de su tratamiento.

Las relaciones del terapeuta ocupacional con la enfermera deben ser sobre todo en los hospitales psiquiátricos.

Un terapeuta ocupacional no puede funcionar nunca de modo satisfactorio, sino que combina los conocimientos sobre los temas psicológicos y médicos con los métodos de valoración, interacción y el condicionamiento social y las diversas ocupaciones y habilidades. Buena parte del éxito terapéutico revierte al mismo terapeuta ocupacional, a su comportamiento y objetividad profesionales y a la relación que establece con su paciente.

Un terapeuta ocupacional debe ser perceptivo e ir aprendiendo, en el transcurso de su formación teórica y práctica así como el trabajo con los médicos y demás componentes del equipo de rehabilitación. La adaptabilidad es una de las cualidades esenciales para el terapeuta ocupacional, sobre todo teniendo en cuenta que su campo de acción es tan amplio y que se trata de trabajo comparadamente nuevo y todavía poco entendido.

Es importante considerar que aunque sólo por un momento, las razones por las que el arte y los trabajos manuales, utilizadas correctamente desempeña una misión tan eficaz en la terapéutica ocupacional. Una de ellas es que ofrece una salida a las cualidades emocionales.

3. LA COMUNICACION TERAPEUTICA

La terapia es naturalmente comunicación aunque cualquier comunicación, no sea en sí misma terapéutica, su uso más co-rriente es en el sentido característico ya que la Terapia proporciona alivio, descarga de las tensiones emocionales y ciertamente, no puede negarsele esa condición, aunque depende en gran parte de la actitud del que escucha o bien aplica la terapia. Esta podría concentrarse en respeto, incondicionalidad, comprender sin tomar partido y evitar los juicios de valor para transmitir al paciente un nuevo modelo de escucha a si mismo, pero no sólo se limita a el área de la comunicación verbal. Si no que también parte de esta.

El terapeuta ofrece un espacio mental y emocional para contener las aportaciones de todo tipo, que el paciente trae
consigo y dispone, así mismo de un lugar y de una cierta reserva de energía para este y sobre todo, para los aspectos que rechaza de sí mismo. Esto se refiere generalmente a impulsos destructivos y que generan un exceso de angustia. El terapeuta actúa a modo de

metabolizador de estos contenidos intolerables, ya que puede devolvernos al paciente en forma más asimilable a través del proceso de comprensión terapéutica.

Esta actitud de aceptación incondicional permite al paciente acercarse a sí mismo con menos temores, ampliando el margen de tolerancia hacia sus propios sentimientos y deseos. La confianza que percibe del terapeuta puede ser un buen antídoto contra los temores destructivos, en el sentido de que pierden su temida eficacia, cuando el terapeuta puede reconocer y tratar tales impulsos sin sentirse agredido.

En la relación terapéutica el paciente puede abocar sus sentimientos y estados de ánimo que el terapeuta debe recoger sin expresar espontáneamente, por su parte.

En resumen podríamos decir a este respecto que la terapia se convierte en la escena en la que se dramatizan y reviven las relaciones y los personajes que han dado mayor significado a la propia biografía de este modo pueden reencontrarse los conflictos pendientes y afrontarlos a través del terapeuta.

4. REINSERCION SOCIO-LABORAL DE DISCAPACITADO

Hacia fines del siglo XVIII, con el surgimiento del tratamiento moral de Pinel, en la etapa humanista, se comienza a ocupar el tiempo de los internados para lograr su rehabilitación social. Paralelamente en Inglaterra, los cuáqueros instauraron casas de retiro en el campo considerando que el cambio de ambiente puede ser beneficioso para poder tratar las alteraciones mentales.

A comienzos del siglo XX con el advenimiento de la etapa terapéutica, el Dr. Herbert Hall inicia en la Universidad de Hardvar, el estudio sobre el uso terapéutico de las actividades. El primer articulo sobre la terapia ocupacional fue escrito por Adolph Meyer. También se destaca Eleanor Clarke Slege, considerada fundadora de la Terapia Ocupacional. Toma como modelo las necesidades de la infancia y como fundamento los principios de trabajo, juego y relaciones humanas.

Mr. Louis Haas basó sus programas de tratamiento en el estudio de los problemas sociales e económicos y familiares con los que se enfrentaría el paciente en el momento del alta hospitalaria. Dio instrucciones precisas para cada actividad y la forma de realizarla para mejorar el aprendizaje visual, oral y cinéstesico.

El Dr. March, en 1932 describió un programa de terapéutica industrial, efectuando un análisis laboral de cada tipo de trabajo posible en una comunidad hospitalaria. Diseño un modelo de historia cínica que incluía capacidades, destrezas y potencial, su objetivo fue la preparación de los pacientes para reintegrarlos a la comunidad.

La necesidad de asistir y rehabilitar a los discapacitados motores y psiquiátricos. Favorece el desarrollo y especialización de la Terapia Ocupacional en ambos campos.

En 1951 se crea la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado. Dicha comisión propicio la formación y capacitación de personal técnico en rehabilitación, uno de los pilares fue la Terapia Ocupacional. En un principio la aplicación de dicha terapia se centró en los discapacitados del aparato locomotor y en los enfermos psiquiátricos. A partir de 1965 se produce la ampliación a otros campos y áreas: educación especial, discapacitados sensoriales, pediatría y el campo laboral. Su crecimiento comienza con la rehabilitación y continua con la atención de pacientes agudos y la inclusión en programas de prevención y atención primaria en salud.

El objetivo de estudio de la Terapia Ocupacional es la actividad humana, independientemente de la forma o metodología que se emplee para estudiarlas. A través del trabajo, actividad esencialmente social, en la medida en que entra en contacto con otros humanos, aparezcan necesidades secundarias, la creación de formas culturales que pueden ser transmitidas y gozadas por otros humanos.

En la cínica observamos que el individuo afectado en su salud se retrae del mundo, pierde su participación activa y su única producción es la enfermedad. No hace nada, al decir de sus allegados. Surge entonces la demanda al profesional, no de ocuparlo para que no moleste sino de rehumanizarlo, de darle un status diferente al marginado, el loco o el paralítico, de incluirlo en la sociedad.

La tarea del Terapista Ocupacional sería entonces darle la posibilidad de cambiar mediante una ocupación menos enferma, en un concepto muy particular de salud, cuya consecuencia sería el cambio de posición del individuo en su grupo familiar.

El supuesto objetivo de la Terapia Ocupacional es la rehumanización o reclutación de un individuo, y esto colocaría al terapista en la posición de determinar cual actividad es aceptable culturalmente y cual no, además de atender a los requerimientos del círculo profesional en el que se inserta, a la institución y a las expectativas generales y familiares. Evaluar y programar una inserción o reinserción ocupacional como posible proyecto de alta, nos lleva a un cuestionamiento ético sobre la propia inserción profesional institucional.

El terapista ocupacional se halla comprometido en esta función y dentro del sistema social y muchas veces no puede contabilizar las capacidades del paciente con las exigencias del medio social y familiar, en el cual va ha insertarse.

El terapista queda entonces, en una posición conflictiva en la que accede a las demandas del paciente perdiendo objetividad o a las demandas de la familia que deposita en el sus expectativas. El camino ético a ser recorrido, por el profesional que presenta como terapista ocupacional debería de ser equiparable para que este descubra así aspectos de su propia identidad profesional, su modo de inserción en la cultura humana. 5. PSICOMOTRICIDAD Y EXPRESION CORPORAL

Se trata básicamente de un intento de respuesta al fenómeno global del cuerpo, como entidad compleja, ya sus manifestaciones vistas como lenguaje y comunicación de un vivir, es decir la transitivilidad del movimiento como expresión de intercambio por la realidad. En otras palabras el cuerpo extendido como presencia viva ante el mundo, ante nosotros mismos y los demás. Es un modo o método orgánico dinámico, para ejercitar el fenómeno del lenguaje corporal y organizado este conocimiento es un elemento deductivo que partiendo de elementos más simples, se dirige a la realización y comprensión de unidades cada vez más complejas, que formando un proceso escalonado produzca la gradual toma de conciencia del niño sobre su problemática de expresión. Permitiéndole la acomodación personal de esta experiencia en su vivir.

Ciertas experiencias y reflexiones sobre el acercamiento al movimiento como modo de expresión, provocan en nosotros la necesidad de comunicar. La expresión corporal se propone considerar al cuerpo como unidad, como totalidad primordial. Si tomamos como base la psicología o las ciencias de la conducta, vemos que Watson nos plantea inicialmente el estudio de los movimientos integrados, propios de los organismos vivientes en particular del hombre. Como reacciones adaptativas frente a los estímulos que provienen del medio externo, es decir acciones que van desde movimientos y actitudes corporales, la producción de materiales.

Toleman, introduce el concepto de la estructura en la descripción del comportamiento, concepto de materiales objetivamente observables y otro interno subjetivo que implica la existencia de actividades mentales, parcialmente desarrolladas en el plano de la representación. Esta definición fundamental, que le otorgamos al hecho primordial representado por el cuerpo y sus pulsaciones, que nos conduce a manifestaciones expresivas, emocionales. Nos provee un campo de estudio y desarrollando la técnica que excede a la sola consideración de los aspectos mecánicos, o de la eficiencia del gesto. Esto nos lleva al estudio diferencial entre la realidad neurológica del esquema corporal y la realidad psicoanalítica.

6. VALOR TERAPEUTICO DE LA EXPRESION ARTISTICA

La creatividad no puede ser enseñada pero si las condiciones para que esta se realice, es una habilidad que existe en todos los individuos en distintos grados, pero que deben ser estimulada para

que salga a la luz, en la infancia es el período adecuado y propicio para potenciar la creatividad. Ya que de la imitación de los modelos que tiene presentes, y la percepción para la imitación diferida siendo esta una primera forma de representación, mediante la cual va a poder actuar sobre los objetos demanera simbólica, es decir a través de un intermediario, sin necesidad ya del objeto real.

Los rasgos propios de la creatividad, fluidez de ideas, flexibilidad y originalidad, aparecen de manera drástica en el niño, cuando existe una buena interacción con el adulto y su ambiente.

Desarrollados las cinco conductas de la capacidad simbólica: juego simbólico, imitación diferida, lenguaje, imagen mental y dibujo. Hemos de tener en cuenta que grado de alteración se encuentra en los diferentes deficiencias psíquicas, para poder producir o planificar las reacciones apropiadas para el desarrollo de las estructuras intelectuales que hagan
posible las conductas inteligentes.

Es necesario también centrarse y conocer la escasa capacidad de relación que ciertos minusvalidos psiquiátricos, poseen para su aprendizaje hacia lo colectivo e ir guiándolos hacia conceptos como reversibilidad, conservación, clasificación, etc. y al uso de roles y reglas. El juego es importante en el desarrollo del niño porque le permite el placer de hacer cosas y de imaginarselas.

El desarrollo psicológico consiste en, un aumento de la capacidad para mejorar información, es necesario dar al alumno oportunidades constantes con la situación concreta en que se halle, para que dentro de sus posibilidades sea capaz de crear para ir desarrollando sus factores en función de las capacidades específicas de cada uno.

Los deficientes tienen una libertad de acción independiente de la cantidad de conocimiento que haya podido acumular sobre el tema.

Existen cinco niveles en el proceso creativo:

1. Expresivo
2. Inventivo
3. Emergente
4. Productivo
5. Innovador

El nivel expresivo puede y debe estimularse en los deficientes psíquicos a través de los sentidos, de múltiples relaciones entre el sujeto y el mundo que le rodea, juego, mímica,modelado, etc., constituye un proceso constante de asimilación y proyección y el niño en estas acciones desarrolla su capacidad perspectiva.

El lenguaje esta subordinado a los procesos de pensamiento y depende de ellos. La motivación constituye el propulsor indispensable de cada actividad expresiva. Cuando esta es innovada, viene a faltar una posibilidad de conducir al niño por el camino de una efectiva recuperación, la perdida de los entusiasmos iniciales o por errores frecuentes, harán necesarias las técnicas innovadoras que aporten soluciones fácilmente asimilables, aunque poco creativas.

Cuanto más se relacione la actividad al juego, se mejorarán los rasgos de interés y espontaneidad esta comprobado que es mejor su eficacia. Una vez que se haya conseguido el deseo inicial, despertar en el alumno el interés por conseguir una realización; es el momento de comenzar las practicas del entrenamiento.

Daubelare indica que la expresión ha de mantener siempre el equilibrio entre la espontaneidad creadora y la técnica artística. El método de la técnica artística debe adquirir mayor complejidad, teniendo en cuenta la importancia de evitar el fracaso. La variedad de materiales y técnicas pueden determinar procesos positivos en el plano psicológico y biológico, lo ideal es poder planificar las verdaderas reducciones por un equipo multidisciplinario, que una vez conocidas las alteraciones del sujeto, estudie el tipo de expresión más adecuado y materiales técnicos y métodos al caso.

Volvemos a insistir en que los índices de agrado aumen-tan en toda actividad artística, cuando el sujeto se le ofrecen posibilidades para crear algo que sea útil y a la vez reciba las gratificaciones. El proceso creativo se podría dividir en cuatro:

1. Preparación: Recogida la información.
2. Indibación: Trabajo mental, acto de observar o vivenciar.
3. Iluminación
4. Verificación: Momento en que se comprueba la solución.

El objetivo de la integración social también debe y puede conseguirse, por medio de las actividades de expresión dramática. El mismo, el guiño, la representación escénica libre y dirigida, favorecen en el minusválido psíquico, tanto su esfuerzo a nivel psicológico, seguridad, afectividad, gratificación, en su recuperación en alteraciones del lenguaje, dislalias, disfonias, etc. Pues se trata de conseguir el dominio interior adquirido por un ejercicio interior espontaneo, realizado a través de un juego.

Destacaríamos en este sentido la comprensión que se manifiesta entre técnicas de expresión gráfica y dramática, al incluir en el repertorio de actividades la confección de los propios disfraces y decorados.

No podemos olvidar que el disfraz nos ayuda a transferir nuestra personalidad y nos contagia una pujanza nueva para tener éxito en el personaje que reencarnamos. Y de no realizarlo los propios actores echaríamos a perder una oportunidad formidable, de proyectar y de enriquecer la imaginación del niño y de dar uso a sus fuerzas creadoras.

PREMISAS

La teatroterapia es una técnica innovadora que promueve y fomenta la sociabilidad de los participantes.

Los niños con síndrome de DOWN presenta ciertos tipos de conducta agresiva y antisocial.

Los niños con síndrome de DOWN, poseen dificultad para incorporarse a la sociedad en que viven.

La terapia ocupacional tiene como objetivo principal desarrollar el mayor grado de funcionalidad, partiendo de las capacidades de cada individuo con el fin de reinsertarlo en la sociedad, como parte productiva de ella.

La terapia ocupacional desarrolla una serie de mecanismos o técnicas para llegar a su propósito entre ellas, esta la teatroterapia.

HIPOTESIS

La aplicación de la Teatroterapia, es una ayuda efectiva en el proceso de sociabilización integral de los niños con Síndrome de Down.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

En nuestra investigación existieron 2 variables esenciales, una independiente que es la aplicación de la Teatroterapia y la otra dependiente que es la efectividad de la Teatroterapia en el proceso de sociabilización de los niños con Síndrome de Down. Podemos definir conceptualmente nuestras variables de la siguiente manera:

TEATROTERAPIA: Es una técnica completa, artística y terapéutica ocupacional con base en el teatro, que surgió con el fin de desarrollar la comunicación como medio sociabilizador. En este caso servirá de puente entre la sociedad y el paciente que se esta rehabilitandose. Abriendo así una fuente innovadora y práctica que permitirá llevar a cabo un buen proceso rehabilitativo integral.

LA EVOLUCION Y LA EFECTIVIDAD DE ESTA TECNICA: En el proceso de sociabilización esta técnica ha logrado en muchos países un buen grado de efectividad y ha dado los mejores resultados en base a sus expectativas, por lo que creemos es necesario implementar esta técnica en nuestro país. Esperando que sea realmente efectiva en el proceso de sociabilización de las pedologías en este caso el Síndrome de Down.

Para poder desarrollar efectivamente la Teatroterapia utilizamos diversas técnicas esenciales tales como:

EXPRESION CORPORAL
Que a su vez de divide en:
* Movimientos rítmicos
* Gimnasia
* Juego símbolico
* Imagen mental
* Imitación definida

MOVIMIENTO ESCENICO
* Posturas en el escenario
* Desplazamiento escénico

JUEGOS TEATRALES
* Desarrollo de rasgos de intereses
* Juegos teatrales en sí
* Desarrollo de expresión dramática

SIMIOLOGIA
* Realización de los 13 signos teatrales

El control de la variable dependiente se realizó a través de la evaluación periódica y de la evolución evidenciada de los casos.

CAPITULO II

METODOS Y TECNICAS

SELECCION DE LA MUESTRA

Para seleccionar la muestra utilizamos varios criterios; estuvo compuesta por niños con Síndrome de Down entre los intervalos de 14 a 18 años, del Instituto Neurológico de Guatemala. De ambos sexos, que presentaban problemas en su sociabilidad y que fueron previamente evaluados. La muestra representativa fue de 10 alumnos, que evaluamos constantemente por medio de la evolución de su proceso social ya que fue un número adecuado de casos y necesario en el montaje teatroterapéutico.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Recolectamos los datos a través del Cuestionario de Evaluación social y afectiva del niño con Síndrome de Down, basados también en las evaluaciones psicológicas proporcionadas por el centro, como el Cuestionario de Vineland y otros.

Utilizamos también la observación directa y la evolución constante de las mejoras del proceso de sociabilización a través de la de la técnica teatroterapéutica y por medio de las entrevistas a padres de familia y maestros, que pudimos sintetizar en un proceso de análisis cualitativo.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO

Las técnicas que utilizamos en el proceso de investigación fueron al principio seleccionar la muestra a través de los criterios antes descritos o sea, evaluando el grado de sociabilización de los niños con Síndrome de Down. Por medio de un cuestionario específico y de entrevistas y fuentes de información fidedignas.

Ya seleccionada la muestra se trabajó con los niños el montaje teatral, que por supuesto, llevó una preparación. Primeramente se estableció un rapport y una adaptación, entre ellos los niños y los terapistas.Se trabajarón las técnicas ya mencionadas, como que si ellos estuvieran en una terapia lúdica, porque en sí, el teatro es un juego ya que jugamos a ser lo que nosomos ó a expresar roles de la vida, más no la vida misma.

Por las mismas condiciones especiales de trabajo con este tipo de niños, realizamos el montaje de una obra musical. Basándonos en su capacidad expresiva o sea que utilizamos su expresión corporal, por medio de movimientos rítmicos, gimnasia, juegos simbólicos, etc. Luego se les enseñó a los niños, cómo se puede utilizar el escenario o desplazamiento escénico, por medio de posturas teatrales repetitivas y del montaje formal en sí.

Después se les enseñaron los juegos teatrales que hacen que los niños sientan el trabajo como un juego. El siguiente paso en el desarrollo del montaje, fue realizar constantemente ensayos, la escenografía, el vestuario, el diseño y el maquillaje.

Se montó la obra con los 13 signos, los que deben utilizarse en un montaje teatral, encaminándonos siempre en un proceso terapéutico rehabilitativo e integral. Finalmente se realizó el montaje de la obra, como prueba feaciente de la efectividad de la Teatroterapia como medio de sociabilización del niño con Síndrome de Down. Se realizó en el auditorium del Colegio Salesiano Don Bosco, dando a conocer el sistema terapéutico y evaluando la efectividad de esté, a través de la observación sistemática, no sólo del montaje teatral, sino también de el proceso de sociabilizacion de cada uno de los casos individualmente. Evaluando este proceso, cada tres semanas, aproximadamente, según lo que el proyecto de investigación demandó.

TECNICAS DE ANALISIS DE DATOS

Debido al especial tipo de investigación que realizamos, utilizamos como técnicas esenciales de interpretación de datos, el análisis cualitativo del proceso de sociabilización de los niños con Síndrome de Down.

CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

EVOLUCION DE CASOS

Los niños que fueron los protagonistas del montaje teatral tienen varios factores en común:

1. Están ubicados en un intervalo de 14 a 18 años de edad.

2. Presentan conductas antisociales, coordinación motora deficiente, memoria corto plazo, atención lábil y muchos presentan, también, problemas de timidez.

3. Presentan entre sus cualidades (pese a todas las dificultades anteriores) buen ritmo, el cual es un factor primordial para lograr una buena actuación.

Por la dificultad que ellos presentan en el lenguaje, nos basamos en la expresión corporal, lenguaje gestual y música, por ser esta una obra musical terapéutica.

El instrumento de evaluación que utilizamos como contacto para examinar objetivamente los círculos sociales en los que se desenvuelve el niño fué; CUESTIONARIO DE EVALUACION SOCIAL Y AFECTIVA DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

Esta prueba fué diseñada, para obtener una información completa y específica respecto a las conductas sociales y antisociales que presentaron los niños escogidos como muestra para participar en el programa de teatroterapia.

Dicho cuestionario fue utilizado varias veces por maestros y padres, en un lapso de tiempo de cada 15 días promedio. También en este intervalo de tiempo se realizaron observaciones sistemáticas y objetivas del proceso de evolución de los niños dentro de la teatroterapia.

Describiremos a continuación una síntesis de la evolución del proceso terapéutico de cada uno de los casos que representan la muestra escogida para nuestra investigación;

CASO 1:"CLARA" (E.C. 16 años)

Se le escogió para participar en la terapia ya que manejaba rasgos agresivos, no lograba establecer relaciones sociales con sus compañeros y se le dificultaba compartir con los demás ya que se aislaba.

Al principio de la terapia no prestaba mucha atención y presentaba rasgos profundos de timidez. Conforme fue avanzando el programa en ella se logro la mejora de estas conductas en un 20%, su atención y memoria aumentaron; finalmente pudimos constatar que su proceso de sociabilización fue mejorando al punto que en la evaluación final ella había bajado sus niveles de agresividad notablemente y tanto su memoria, como en su atención habían avanzado. Aumento su coordinación motora elevando así su desarrollo social.

CASO 2: "NORMA" (E.C. 21 años)

Se le escogió como parte del grupo de terapia ya que presentaba conductas antisociales tales como estar siempre sola, no compartir con sus compañeros, inadapatación social, ansiedad y agresividad.

Al revaluar a la paciente ésta se mostró mucho más colaboradora con la terapia en sí; y empezó, aunque con mucha dificultad, a desarrollarse socialmente modificando las conductas mencionadas anteriormente.

Al finalizar la terapia las conductas mejoraron en un 90%, sobre todo, en las relaciones con sus compañeros del aula y la disminución casi en su totalidad de la agresividad al punto que ganó muchos amigos y nunca está sola.

CASO 3: "VIVIAN" (E.C. 17 años)

Fue escogida, más que por cualquier otra conducta manifestada por su timidez excesiva y su agresividad constante; Tanto a ella misma cómo a los compañeros del aula. También le gustaba aislarse; conductas que fueron verificadas mediante la evaluación. Al revaluarla se logró mucho más participación en las actividades. Su atención era muy lábil al punto que creímos que la teatroterapia no iba a ser funcional en su caso.

Para sorpresa nuestra, de su padres y maestros, fue una de las mejores actrices de la obra ya que todas sus conductas antisociales fueron desapareciendo casi por completo, su timidez bajó de profunda a leve, haciendo exitosa su terapia.

CASO 4: "ANA MARIA" (E.C. 14 años)

Ana María presentaba conductas tales cómo: agresividad manifiesta contra sus compañeros y a veces, con sus padres, hacía muchas pataletas y berrinches, presentaba también problemas con las imágenes de autoridad y no seguía instrucciones.

Durante los ensayos de la obra terapéutica, a través del desarrollo de los ejercicios de expresión corporal logró se desarrollar un interés profundo hacia el teatro, y con ello, no sólo mejoró sus conductas antisociales, sino aumentó sus

relaciones familiares, su proceso de orientación en el espacio y coordinación motora a un 90% según fué evidenciado a través de la evaluación constante del proceso de desarrollo social.

CASO 5: "MONICA" (E.C. 16 años)

Esta paciente fue seleccionada para la terapia ya que presentaba berrinches constantes, pataletas, profesaba insultos a sus compañeros, le era muy difícil jugar con alguien más.

Aunque su lenguaje es un tanto limitado, mejoró notablemente a través de la teatroterapia, ya que su atención aumentó notablemente identificándose con ésta, al punto de aprenderse las escenas de la obra y las canciones al pie de la letra. Siguió evolucionando en el proceso y desaparecieron las conductas agresivas en un porcentaje elevado, mejorando así sus relaciones sociales y afectivas.

CASO 6: "CLAUDIA" (E.C. 16 años)

Presentaba problemas de sociabilización debido a su extrema timidez, a su agresividad manifiesta y a su incapacidad para formar parte de gurpos, pues era egocentrica, conflicitiva, impositiva y demandante.

Atravez de la evolución dentro de la terapeutica utilizada Claudia logro superar las conductas anteriormente mencionadas, en una escala notable, ya que su egocentrismo bajo ya no profesa insultos ni agrade, logro desarrollar mayor atención y mejoro en un 90% sus problemas de sociabilización en general, respondiendo positivamente a la teatroterapia.

CASO 7: "MIGUEL" (E.C. 17 años)

Presentaba al principio conductas agresivas tales cómo profesar insultos, golpear a sus compañeros de juego, hacer berrinches y pataletas constantes; problemas de sociabilidad pura, tales cómo aislarse y dificultad para integrarse en grupos.

A través de las evaluaciones constantes pudimos determinar que a todo nivel fue mejorando en un gran porcentaje, conforme iba aumentado el tiempo de desarrollo de la terapia teatral, sin embargo persistían sus problemas con las imágenes de autoridad ya seguir instrucciones previamente hacia una pataleta. Finalmente dentro del desarrollo de la obra teatral en si y la evaluación final descubrimos gustosamente que estas dos conductas fueron eliminadas casi en su totalidad e incluso evoluciono positivamente en su lenguaje, su coordinación motora y sus relaciones sociales.

CASO 8: "FRANKLIN" (E.C. 19 años)

Tenía problemas de sociabilización basados en su timidez solapada con una mínima extroversión, problemas severos en su coordinación y en su ritmo de vida ya que esta era muy lenta; esto no le permitía realizar muchas actividades de la vida diaria y se irritaba por cosas mínimas.

Sin embargo, conforme iba avanzando en la teatroterapia habían mejorado muchas de éstas conductas, se fortalecidó su lenguaje ya que se comunicaba con mayor exactitud y dicción; logro desarrollar una excelente expresión corporal. Finalmente alcanzó una notable mejora en el desarrollo de su sociabilidad, se mostró colaborador todo el tiempo y se entregó de lleno al montaje teatral. Su timidez fue superada y elevó su autoestima, logrando así demostrar nuestra hipótesis.

CASO 9: "EVELIN" (E.C. 14 años)

Es una muchacha de 14 años que presentaba un problema latente de timidez, de inseguridad, falta de confianza en si misma, deficiente coordinación motriz, problemas de lenguaje, baja autoestima, aislamiento y agresión pasivo.

A través del tiempo de tratamiento pudimos detectar y comprobar cómo la técnica utilizada en la investigación, la ayudó a mejorar en todos sus aspectos en un 50%, al principio. Finalmente al evaluar todo el proceso de la terapia dio cómo resultados finales un mejor desarrollo y desenvolvimiento social de Evelin, la superación parcial de su timidez y la mejora de las conductas anteriormente descritas en un 85%.

CASO 10: "FLOR" (E.C. 16 años)

Es una niña que presento al inicio de la terapia características cómo aislamiento, baja autoestima, berrinches constantes, dificultades en establecer relaciones sociales y vínculos afectivos debido a un egocentrismo latente.

Cómo pudimos comprobar cada vez que fue evaluada logró superar todas las conductas antes descritas notablemente, y al final de la terapia constatamos que no sólo mejoró en un 90%, sino también, elevó totalmente su autoestima, aumentó su coordinación motora y estableció durante la terapia lazos afectivos verdaderos, mejorando así su red social; comprobando la efectividad de la teatroterapia en su proceso de rehabilitación.

ANALISIS FINAL

A través del desarrollo de esta Técnica Terapéutica Ocupacional, pudimos experimentar científica y objetivamente una serie de situaciones que nos dieron muchas satisfacciones, entre ellas el hecho de descubrir que la teatroterapia no soló es método terapéutico efectivo que promueve la sociabilizacion de los niños con síndrome de DOWN, sino también, es un método que procura un mejor desarrollo de la coordinación motora, eleva el autoestima de los pacientes, mejora sus niveles de atención y memoria, aumenta y mejora su dicción y lenguaje, y sobre todo, permite la reinserción social de los niños ayudándolos a sentirse realizados y parte de nuestra sociedad.

Cabe mencionar que durante el desarrollo de nuestra investigación logramos alcanzar todos los objetivos que nos habíamos propuestos, tanto a nivel general como especifico; cumpliendo así también con el objetivo primordial y tácito de la Terapia Ocupacional, que consiste en lograr el mayor grado de funcionalidad en los pacientes partiendo de las capacidades de cada individuo, con el fin de reinsertarlo integralmente a la sociedad.

Se logro también dar a conocer la existencia de la teatroterapia como método efectivo, a tal punto que se devulgó, es así que la Universidad del Valle de Guatemala, pidió que se realizara una presentación del montaje terapéutico en el auditorium de esta institución con fines académicos; al igual que el día de la presentación parte del publico eran niños especiales de otros colegios haciendo de la presentación un exito.

El exito verdadero de esta investigación lo constituyó la evolución positiva de cada uno de los niños en su proceso de sociabilizacion y su evidente superación personal. Existieron factores conductuales que la terapia no pudo modificar y estos fueron básicamente los malos hábitos arraigados, sin embargo estos factores no obstaculizaron la realización y evolución positiva de los niños.

Por la evolución manifestada por los niños y el desarrollo del método pudimos comprobar nuestra hipótesis, objetiva y científicamente; y finalmente podemos asegurar que la aplicación de la teatroterapia es una ayuda efectiva, en el proceso de sociabilizacion de los niños con síndrome de DOWN.

CONCLUSIONES

1. La terapia ocupacional tiene cómo objetivo primordial, desarrollar el mayor grado de funcionalidad, partiendo de las capacidades de cada individuo con el fin de reinsertarlo a la sociedad como parte productiva de ella.

2. La teatroterapia es una técnica innovadora, que promueve y fomenta la sociabilidad de los participantes.

3. Los niños con síndrome de DOWN, poseen dificultades para integrarse en la sociedad en que viven debido a factores tales cómo rechazo, sobre protección, falta de estimulación, malos hábitos y patrones de crianza y falta de afecto.

4. La terapia ocupacional desarrolla una serie de mecanismos o técnicas para llegar a su propósito de reinserción sociolaboral entre las cuales también contempla las artes cómo método para lograr dicha integración social, entre ellas el teatro.

5. Se realizo un montaje terapéutico de una obra de teatro de niños con síndrome de DOWN para probar la efectividad de esta técnica en su sociabilización.

6. Se dio a conocer la existencia de la teatroterapia cómo método innovador y efectivo en el proceso de rehabilitación integral en el área de terapia ocupacional y recreativa en Guatemala.

7. La teatroterapia mejoró en un 90% las conductas antisociales presentadas por los casos en los que fue aplicada.

8. Se descubrió que no sólo se mejoro la sociabilidad de los niños con síndrome de DOWN, si no también aumento los procesos cognositivos tales cómo: memoria, atención, también coordinación motora, se elevo su autoestima y mejor su lenguaje.

9. Se evaluó objetivamente y concretamente a través de un método cualitativo basado en fuentes verídicas y científicamente comprobables.

10. Se demostró la importancia de la teatroterapia en la implantación del proceso de sociabilización de los niños con síndrome de DOWN comprobándose que dicho proceso es una ayuda efectiva dentro de esto.

RECOMENDACIONES

1. Crear programas similares en los centros de educación especial para fomentar las artes en los niños especiales.

2. Concientizar a los padres de familia de la importancia que tiene su apoyo para el desarrollo de sus hijos en las diferentes actividades que formen su personalidad y fortalecer así su integración social.

3. Que se divulgue la posibilidad de superar problemas de sociabilización con niños con síndrome de DOWN a través de la teatroterapia y se de a conocer este método para un mejor funcionamiento de los programas de rehabilitación integral y sociabilización con estos niños.

4. Hacer del conocimiento de futuros terapistas ocupación los mecanismos para realizar éste método, a fin de implementar los programas académicos y abrir nuevos campos de acción en nuestro país.

5. Crear programas de entrenamiento para personas interesadas en utilizar este método para abrir una brecha para los niños con síndrome de DOWN y los niños especiales, a fin de ayudarlos en su lucha por una sociedad mas justa y con espacio.

BIBLIOGRAFIA

AMAT Grupo de Sociología
"Directorio de organizaciones para el arte y la creatividad de
las personas con discapacidad"
Primera edición
Editorial Real patronato de prevención y atención a personas con minusvalía
Madrid, España 1990
p.p. 255

A. Y. Morazán et al
"Fundamentos básicos de la Terapia Ocupacional"
USAC
Guatemala, Septiembre 1986
p.p. 52

Reinserción
Reinserción socio-laboral del discapacitado
Número 14, año III
Argentina, 1992

Gispert C.
Enciclopedia de la psicología
"Trastornos del desarrollo"
Editorial Océano, S.A.
Barcelona España
p.p. 262

E. M. Mac Donald
"Terapéutica ocupacional en rehabilitación"
Salvat Editores S.A.
Barcelona, España 1972
p.p. 3 a 17

Sosa M Elsa Arroyave K Monica
"La terapia ocupacional y recreativa y sus técnicas de trabajo"
Guatemala, Octubre 1992
USAC
p.p. 54

Doc."Formas teatrales mas adecuadas a la formación del adolescente"
III Congreso de teatro para la infancia y la juventud
Barcelona, España

Doc. "Dirección y montaje escénico I"
Escuela de arte dramático
Guatemala C. A.

Doc. "Simiología aplicada. Los 13 signos del teatro.
Facultad de Humanidades
USAC
Guatemala C. A.

Doc. " Dirección y montaje escénico. Simiología del espectáculo"
Escuela Nacional del Arte dramático ENAD
Guatemala C. A.

ANEXOS

EVALUACION

TEST DE EVALUACION SOCIAL Y AFECTIVA DEL NIÑO
CON SINDROME DE DOWN
INSTITUTO NEUROLOGICO DE GUATEMALA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

NOMBRE:_____ EDAD:_____

RELIGION:_____ DIRECCION:_____

TELEFONO:_____

Por facor responder a las preguntas que se le presentan a continuación con la mayor sinceridad y objetividad psoble.

1. Su hijo(a)/alumno(a) le gusta jugar con los demas SI NO
2. Su hijo(a) gusta de los paseos SI NO
3. Su hijo(a)/alumno(a) se integra a reuniones con gente conocida o extraña SI NO
4. Su hijo(a)/alumno(a) profesa insultos o agrede SI NO
5. Su hijo(a)/alumno(a) acostrumbra estar sólo aún cuando hayan más niños SI NO
6. Su hijo(a)/alumno(a) le gusta jugar solo SI NO
7. Su hijo(a)/alumno(a) comparte sus juge- tes con los demás niños SI NO
8. Su hijo(a)/alumno(a) golpea a los compa- ñeros de juego SI NO
9. Su hijo(a)/alumno(a) hace frecuentes berrinches o pataletas SI NO
10. Su hijo(a)/alumno(a) es timido y se esconde atras de usted si ve a un extraño SI NO
11. Su hijo(a)/alumno(a) colabora con el que hacer dometico SI NO

12. Su hijo(a)/alumno(a) tiende a ser más apegado al papá o a la mamá (sexo) (subralle a quien de los dos padres y escriba en el parentesis el sexo de su niño) PAPA MAMA

13. Su hijo(a)/alumnos(a) le gustan las mascotas SI NO

14. Su hijo(a)/alumno(a) tiende a perturbar a los animales (jalarles la coloa, orejas,etc.) SI NO

15. Su hijo(a)/alumno(a) come sin hacer berrinche y darle alguna dificultad SI NO

Escriba 10 conductas que no le agradan de su hijo:

1._____
2._____
3._____
4._____
5._____
6._____
7._____
8._____
9._____
10._____

_____
FIRMA DEL PADRE O ENCARGADO

OSERVACIONES DE LA T.O.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Este test fue realizado varias veces por maestros y padres en un promedio de cada 15 días, también en este intervalo de tiempo se realizaron observaciones sistematicas y objetivas del proceso de evolución de los niños dentro de la terapia que describimos de la anterior manera.

El Grupo de Teatro del
INSTITUTO NEUROLOGICO DE GUATEMALA

Presenta la Obra Musical

"GENESIS"

El sábado 28 de mayo de 1994.
a las 3:00 de la tarde en el Teatro del Colegio
Don Bosco (Ave. Santa Cecilia 26-19 Zona 1).

Admisión Q. 1.00 Nº 0392

El Grupo de Teatro del
INSTITUTO NEUROLOGICO DE GUATEMALA

Presenta la Obra Musical

"GENESIS"

El sábado 28 de mayo de 1994.
a las 3:00 de la tarde en el Teatro del Colegio
Don Bosco (Ave. Santa Cecilia 26-19 Zona 1).

Admisión Q. 2.00 Nº 0340

PROGRAMA DE MANO

Algo sobre Nuestra Obra

Como su nombre lo dice es una obra basada en el libro de Génesis, de la Biblia, la cual lleva inmersa en su música y en sus canciones infantiles, un mesaje ecológico que promueve la vida y la protección de nuestro medio ambiente.

Está desarrollada en un montaje un tanto subrealista, que pone en juego nuestra imaginación, ya que es mucho más que una obra musical infantil, pues representa la innovación de un método terapéutico ocupacional en el tratamiento con niños especiales; además encierra el trabajo de varios meses de aprendizaje de diez niños con Sindrome de Down; desde ritmo y coordinación hasta expresión corporal.

Son niños que con esta obra pretenden demostrarnos que son capaces de superarse así mismos, de desarrollarse dentro de las artes en lo posible y sobre todo que están dispuestos a luchar con su ternura por una sociedad más justa y con espacio para ellos.

EL grupo DELTA, del Instituto Neurológico de Guatemala se complace en presentar la obra titulada GENESIS.

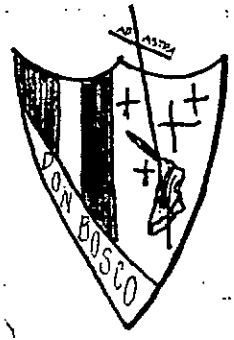
"Un día descubrí que lo que tenía que ambicionar, no era el éxito sino la actitud"

Antony de Mello.

Agradecimientos

INSTITUTO NEUROLOGICO DE GUATEMALA

COLEGIO SALESIANO "DON BOSCO"

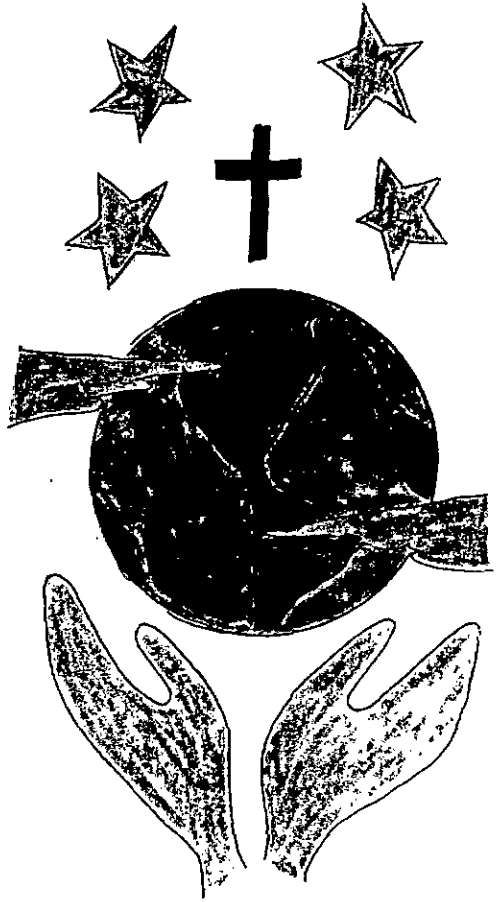


UNIVERSIDAD SAN CARLOS

GRUPO DELTA

INSTITUTO NEUROLOGICO DE GUATEMALA

PRESENTA



Génesis

Elenco

NORMA COGUOX
FLOR ALEJANDRA CASTAÑAZA
ANA MARIA DE LEON
CLAUDIA GALINDO
EVELYN GONZALES
VIVIAN GUAMUCHE
CLARA MONROY
MONICA MORALES
FRANKLIN QUIÑONEZ
MIGUEL ROMERO

Técnicos

DIRECCION: María Pilar Sierra
Ana Lorena Ramírez

VESTUARIO:

Diseño: María Pilar Sierra

Realización: Padres de Familia de los actores.

MANEJO DE PISTA
Y GRABACION: Sergio A. Pinzón
&
Luis Castellán

VIDEO: Juan F. Coto

LUMINOTECNICA: Arturo Sosa
&
Sergio Pinzón

MAQUILLAJE: Ana Lorena Ramírez
María Pilar Sierra

COREOGRAFIA: María Pilar Sierra
Ana Lorena Ramírez

MONTAJE: María Pilar Sierra
Ana Lorena Ramírez

PRODUCCION: Instituto Neurológico de Guatemala

ESCENOGRAFIA:

Dirección : Ana Lorena Ramírez
Realización:
Rudy Fuentes
Norma Girón
Susana Melgar
Rosario Orellana
Heidie Grajeda
Karen Orellana
Claudia Fuentes

AGRADECEMOS A:

Directora Administrativa:

Magda de Artola

Directora Académica:

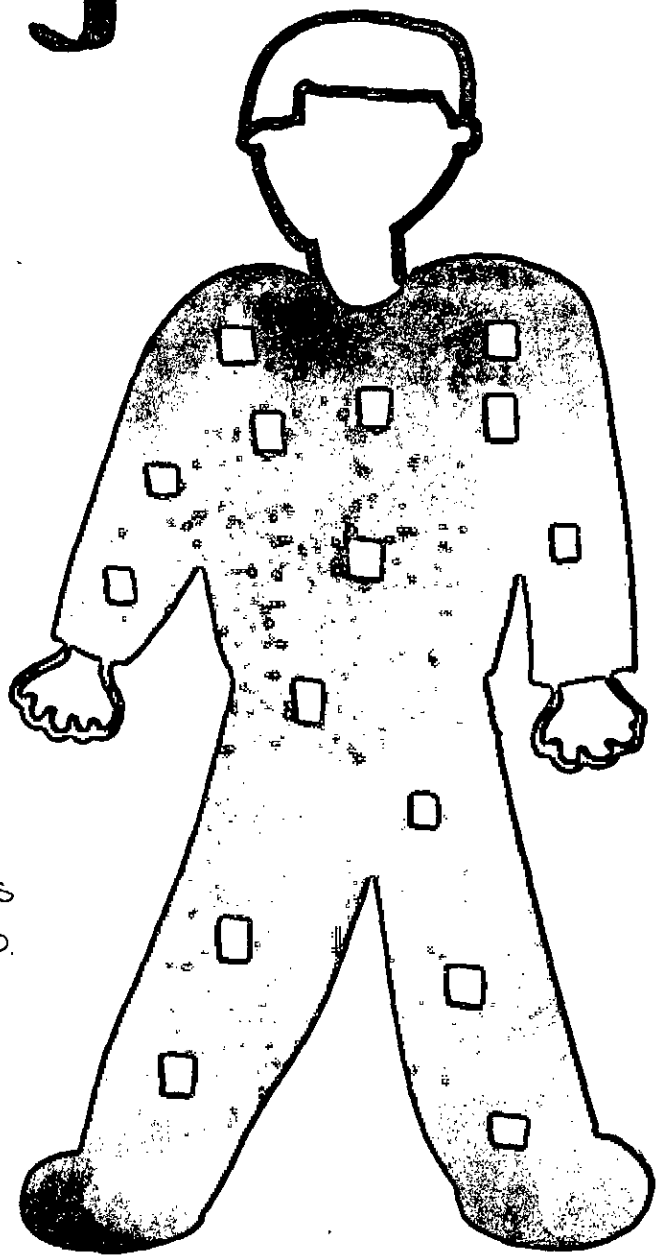
Eleonora Campos

AGRADECEMOS AL INSTITUTO NEUROLOGICO DE GUATEMALA, LA OPORTUNIDAD DE DESARROLLAR NUESTRO TRABAJO DE TESIS Y SU APOYO INCONDICIONAL, PARA LA REALIZACION DE ESTA OBRA

AGRADECEMOS AL COLEGIO DON BOSCO POR PERMITIRNOS EL USO DE ESTE AUDITORIUM.

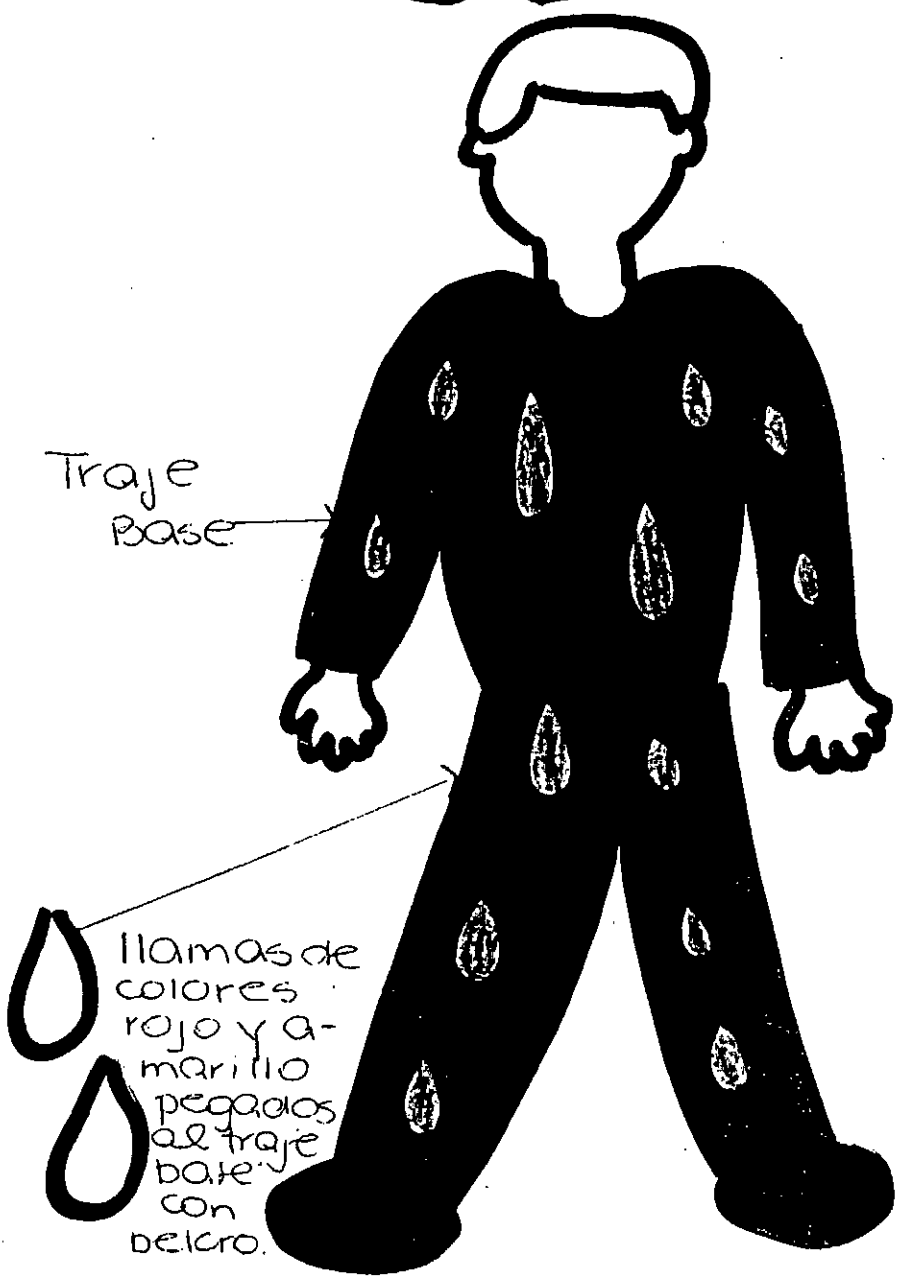
VESTUARIO

"Traje Base"

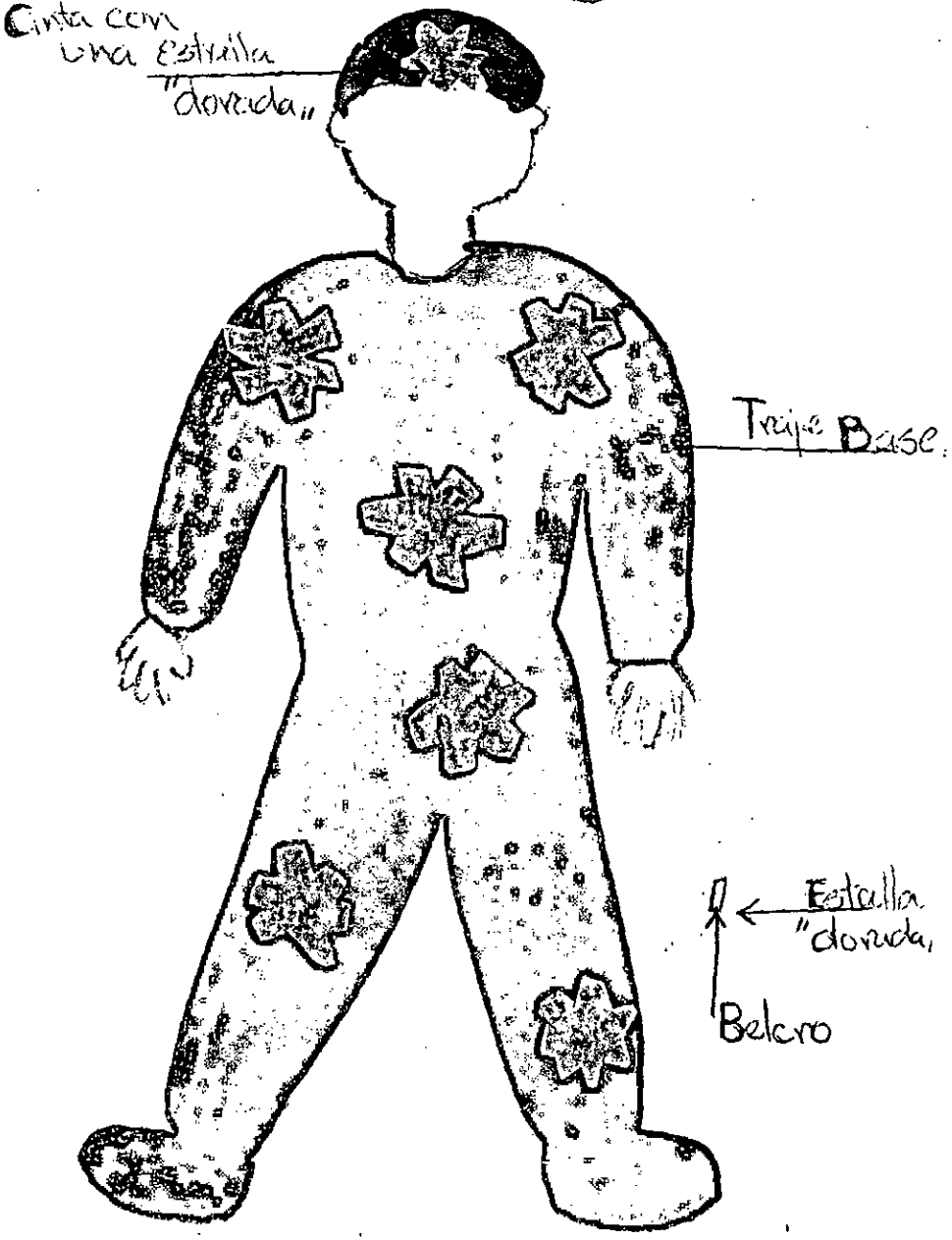


Pedazos de velcro.

"LUZ"


Traje Base
llamas de colores rojo y amarillo pegados al traje base con velcro.

Astros


Cinta con una Estrella "dorada"
Traje Base.
Estrellita "dorada"
Velcro

"Ciclo"

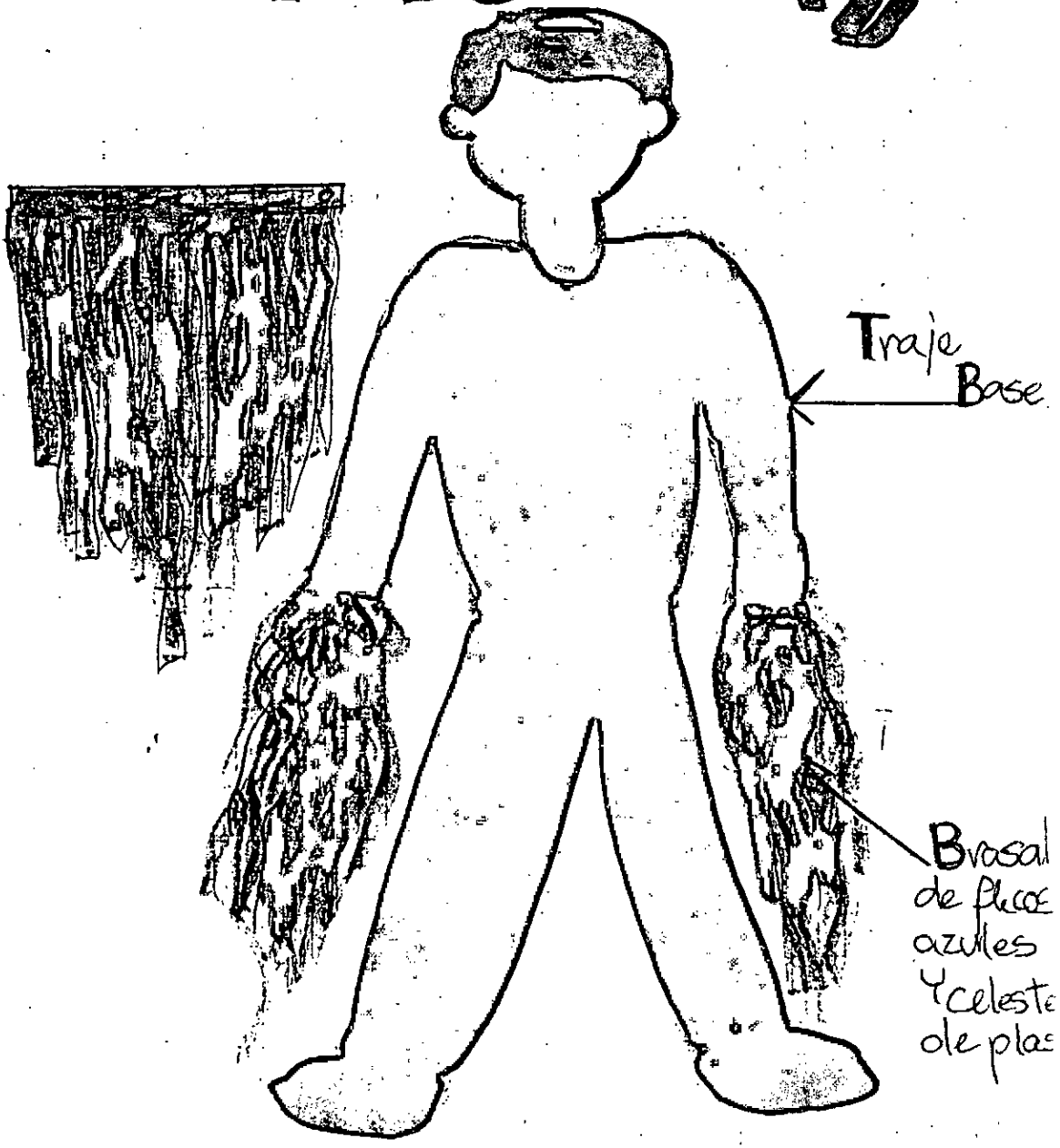
Cinta para la cabeza "larga" Azul-clar

Traje "Barbie"

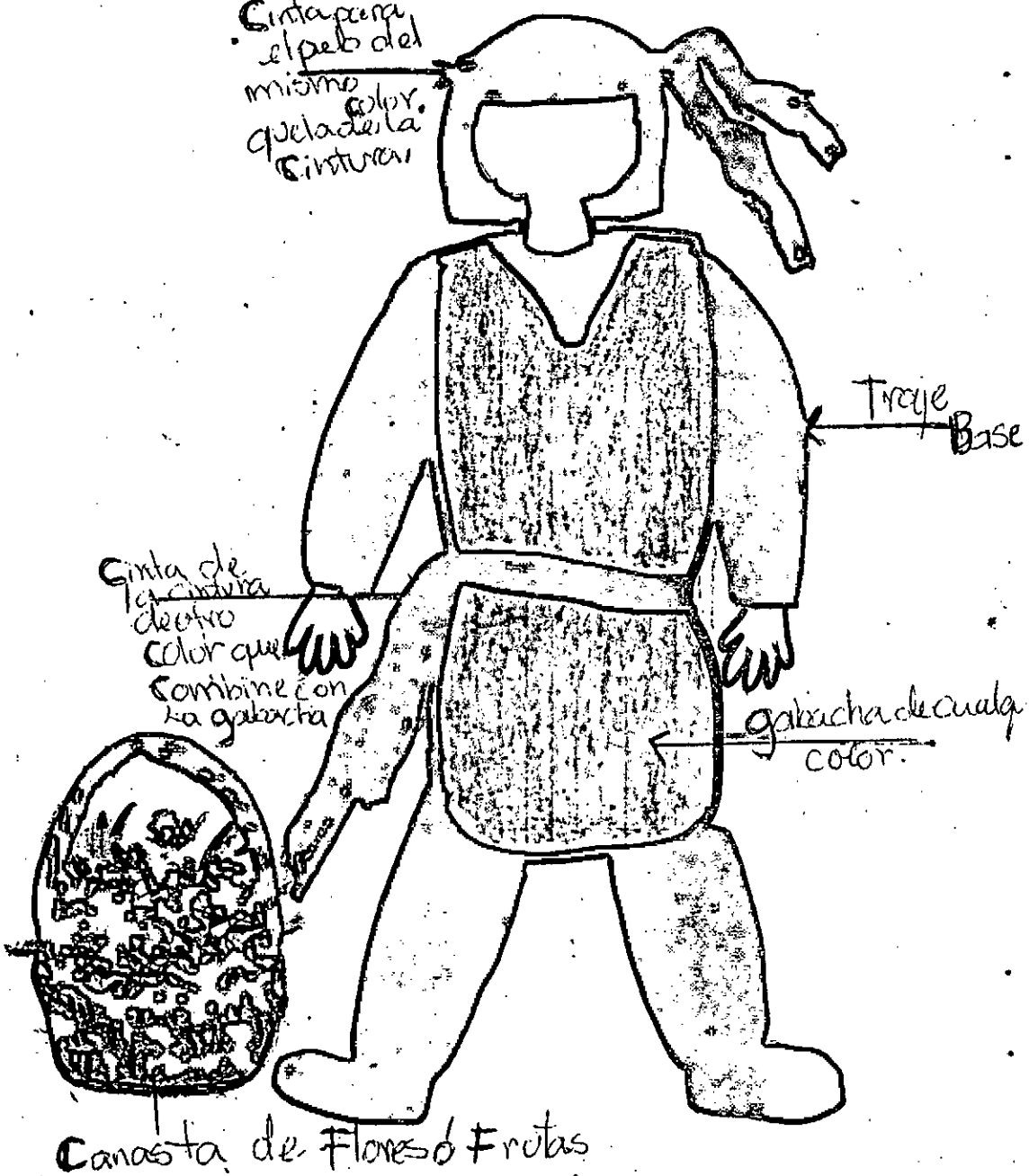
Nube de color Blanco sobre la espalda.

Gabach Azul-cl

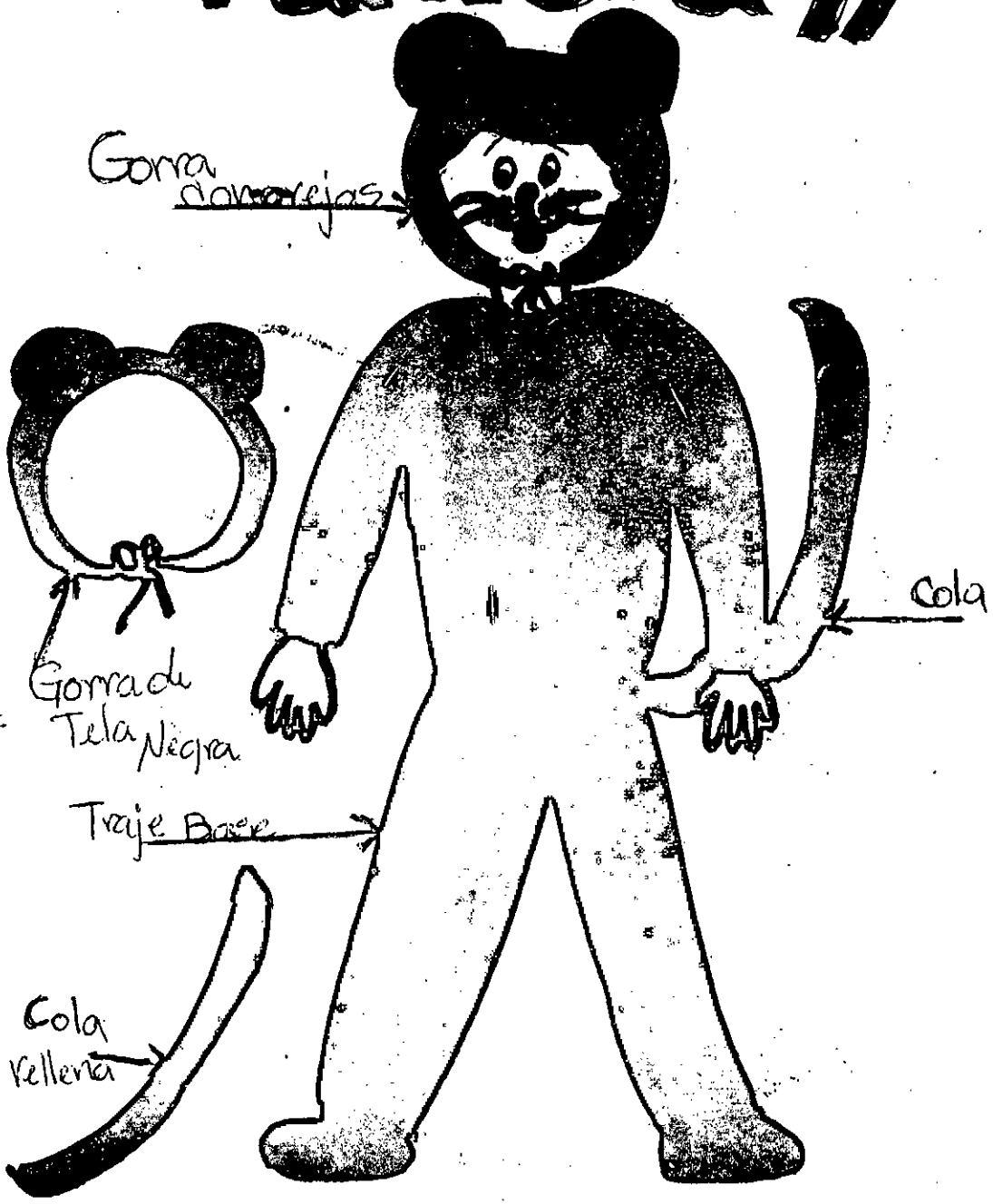
"Agua,



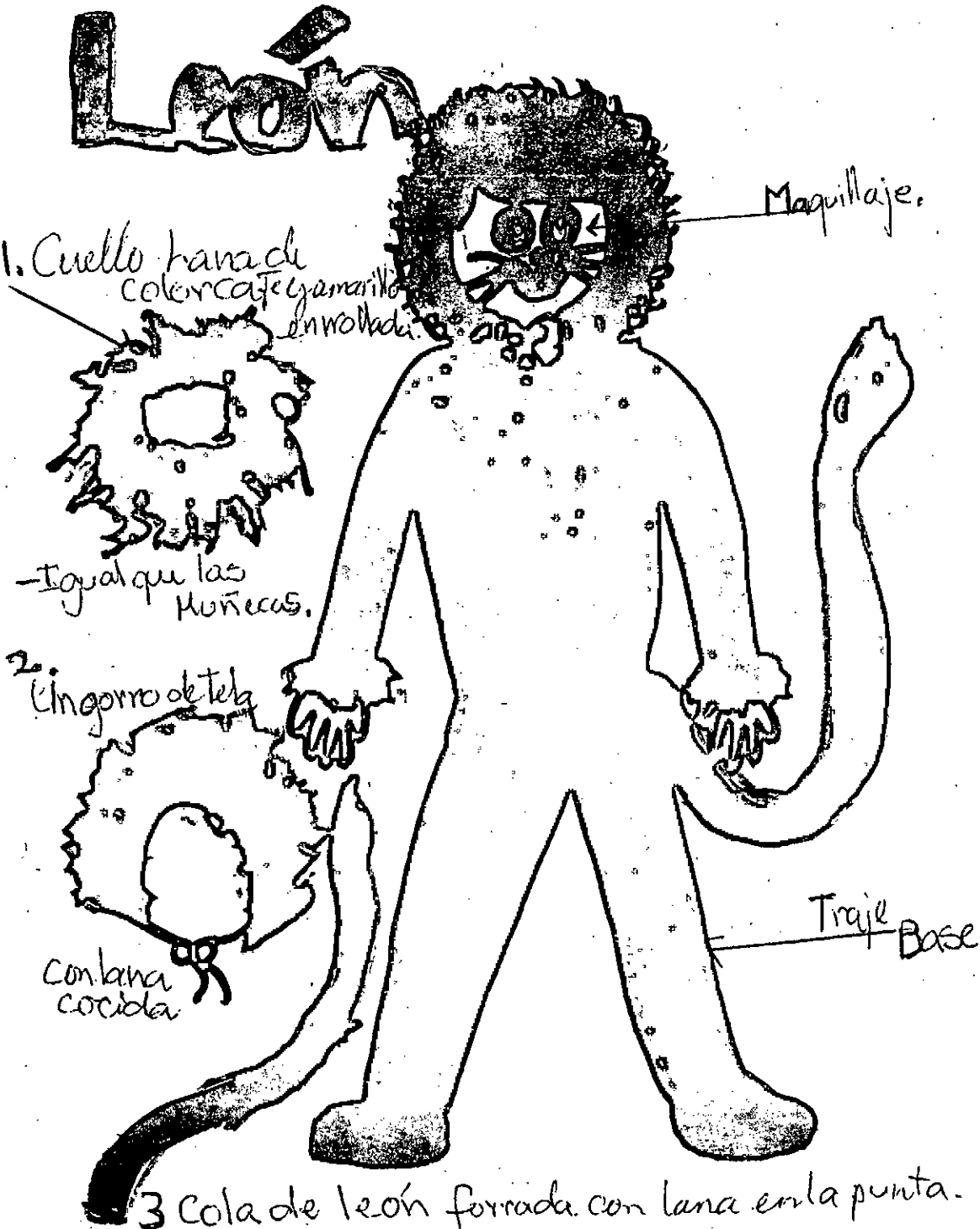
"Tierra"


Cinta para el pelo del mismo color que la de la cintura
Traje Base
Cinta de la cintura de otro color que combine con la gabacha
gabacha de cualq color.
Canasta de Flores ó Frutas

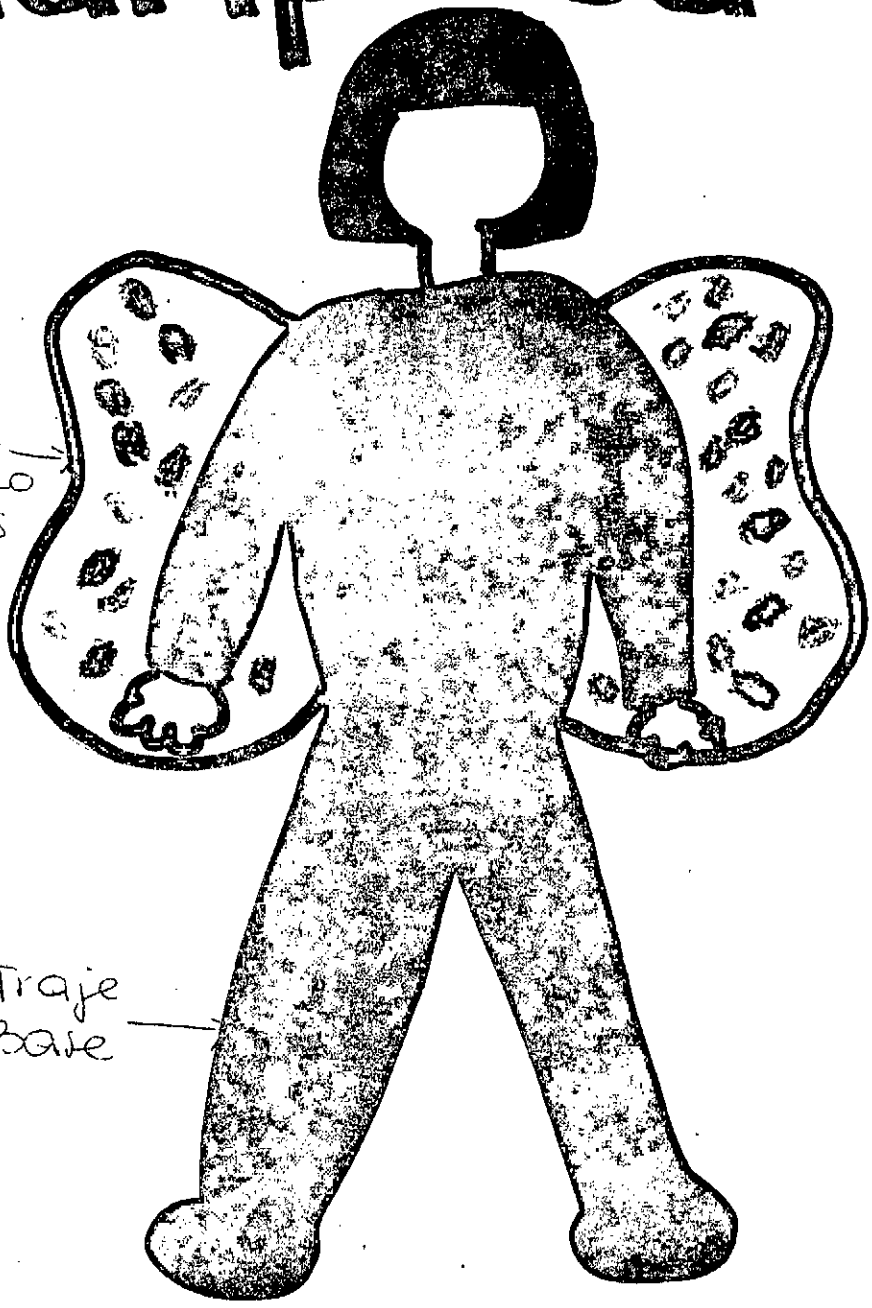
"Pantera"


Gorra Camorejas
Gorra de Tela Negra
Traje Base
Cola Rellena
Cola

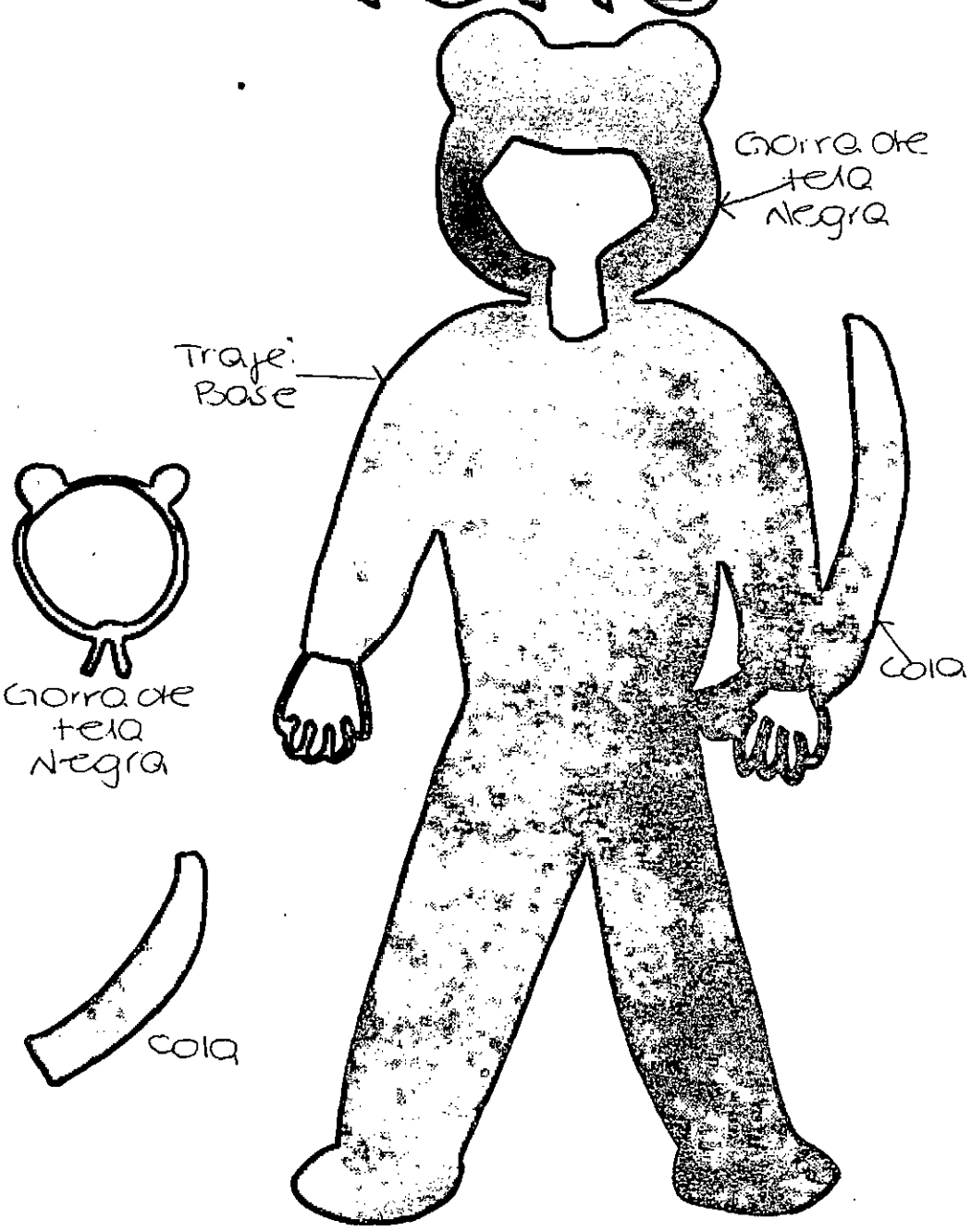
León


Maquillaje.
1. Cuello lana de color café y amarillo enrollada.
-Igual que las muñecas.
2. Gorro de tela con lana cocida
Traje Base
3 Cola de león forrada con lana en la punta.

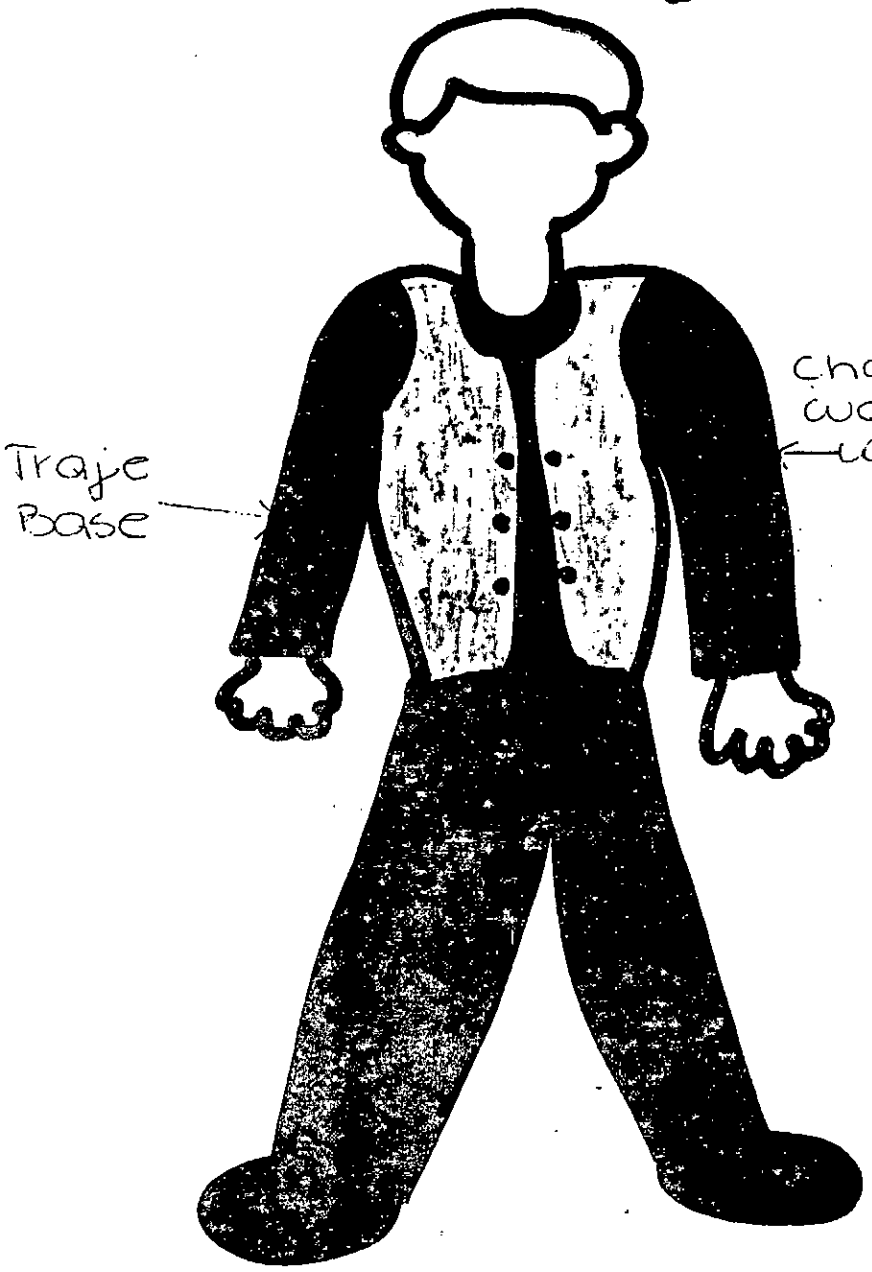
"Mariposa"



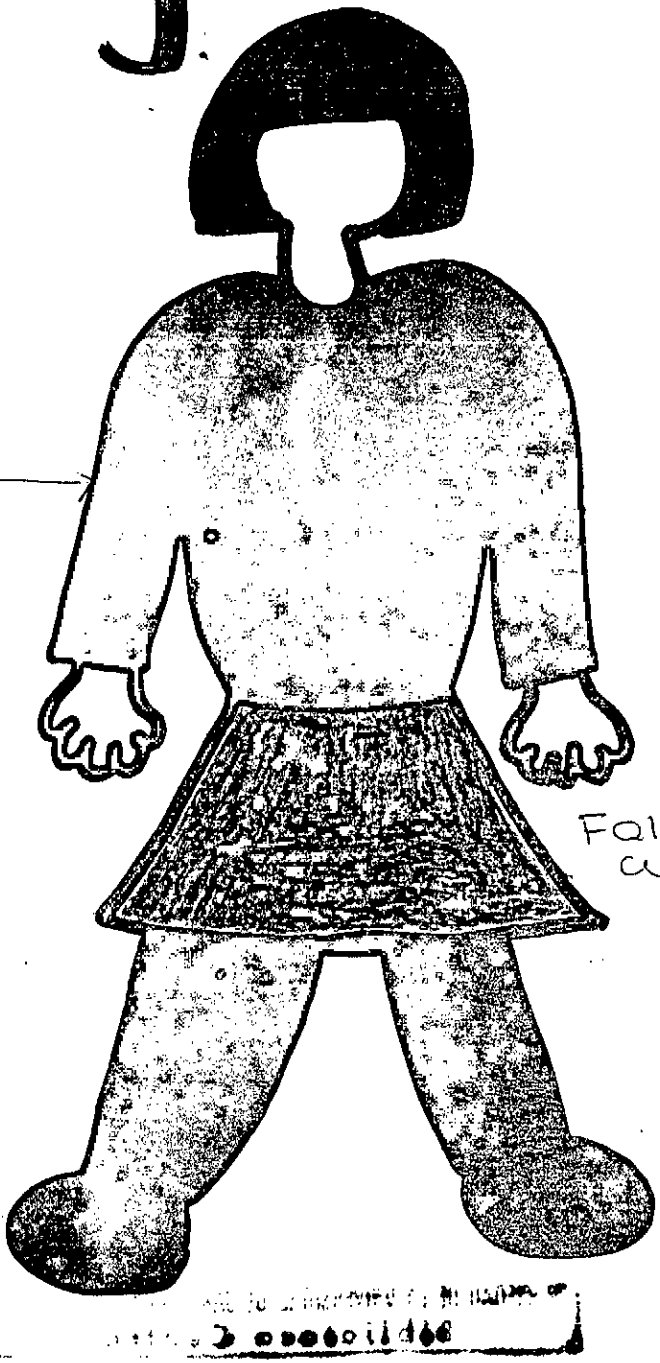
"Mono"



"Hombre"



"Mujer"



INDICE

CAPITULO I **No. DE PAGINA**

1. PRESENTACION
2. INTRODUCCION..... 1
3. OBJETIVOS..... 4
4. MARCO TEORICO..... 5
   4.1. PRIMERA PARTE
   CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO
   CON SINDROME DE DOWN..... 5
   4.2. SEGUNDA PARTE
   EL TEATRO UN ARTE COMPLETO..... 22
   4.3. TERCERA PARTE
   FUNDAMENTOS BASICOS DE LA TERAPIA OCUP..... 37
5. PREMISAS..... 46
6. HIPOTESIS..... 47

CAPITULO II

1. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL
   DE LAS VARIABLES..... 48
2. METODOS Y TECNICAS..... 49
3. TECNICAS Y ANALISIS DE DATOS..... 50

CAPITULO III

1. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS..... 51
2. ANALISIS FINAL..... 55

CONCLUCIONES..... 56
RECOMENDACIONES..... 57
BIBLIOGRAFIA..... 58
ANEXOS..... 59

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central