

51
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**Facultad de Filosofía y Letras
Colegio de Pedagogía**

PROGRAMA DE INTEGRACION AFECTIVO-FAMILIAR PARA EL DEFICIENTE MENTAL MEDIANTE LA MUSICOTERAPIA Y LA LUDOTERAPIA.

T E N A
Que para obtener el Título de
LICENCIADA EN PEDAGOGIA
p r e s e n t a
ROSALVA LILI VARGAS



FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

México, D. F.



COLEGIO DE PEDAGOGIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. BREVE RESEÑA HISTORICA SOBRE DEFICIENCIA MENTAL.	4
CAPITULO II. LEGISLACION SOBRE DEFICIENCIA MENTAL.	11
CAPITULO III. EL DEFICIENTE MENTAL.	21
3.1. Concepto.	21
3.2. Etiología.	23
3.3. Clasificación.	27
3.4. Diagnóstico.	31
3.5. Pronóstico.	32
3.6. Características.	33
CAPITULO IV. LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL.	37
4.1. Concepto de Familia.	37
4.2. La Familia y su integración.	38
4.3. Alteraciones en la Dinámica de la Familia del Deficiente Mental.	40
CAPITULO V. MUSICOTERAPIA.	42
5.1. Historia.	42
5.2. Concepto.	45
5.3. Aplicación.	46
CAPITULO VI. LUDOTERAPIA.	50
6.1. Historia.	50
6.2. Concepto.	53
6.3. Aplicación.	55
CAPITULO VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	60

	Página
CAPITULO VIII. PROGRAMA DE INTEGRACION AFECTIVO-FAMILIAR PARA EL DEFICIENTE MENTAL MEDIANTE LA MUSICOTERAPIA Y LA LUDOTERAPIA.	62
8.1. Programa de Ludoterapia.	64
8.2. Programa de Musicoterapia.	76
CAPITULO IX. EVALUACION DEL PROGRAMA.	110
9.1. Evaluación Diagnóstica.	110
9.2. Evaluación Permanente.	111
9.3. Evaluación Final.	111
9.4. Productos de Evaluación.	112
CONCLUSIONES.	113
ANEXOS.	116
BIBLIOGRAFIA.	133

INTRODUCCION

Quisiera se me permitiera iniciar esta introducción con la siguiente cita: "El genetista nos citó para darnos los resultados solicitados por el pediatra, así pues, nos leyó el resultado sin más conversación que 'su hijo tiene trisomía 21 regular, es un Síndrome de Down, la causa se desconoce, será un niño deficiente mental'.

No contesté una sola palabra, me quedé atónita, estupefacta ante aquello que para mí era desconocido. No sabía lo que me estaban diciendo, no comprendí nada, en mi vida había oído estas palabras, ni síndrome, ni trisomía, lo único era que me sentía desesperada. El panorama era tan negro como la noche, algo así como de otro planeta... Llegamos a casa, abracé y besé a mi hijo que era toda mi adoración, esa criatura tan linda, tenía algo desconocido, ahora para mí". *

Así podemos encontrar miles y miles de testimonios acerca de esa noticia, que ninguna pareja desea oír.

Sírvame esta entrada para explicar como germinó en mí la necesidad de elaborar este trabajo como una respuesta, como una alternativa para los padres de estas personas con deficiencia mental.

A muy temprana edad tuve contacto con la deficiencia mental, ya que un familiar cercano la posee, sin embargo, a los que ví sufrir desde su nacimiento fue a sus padres y hermanos, siempre pensé que había "algo raro" en esa familia y como yo pensaba, piensa el común de la gente.

* Prefacio del libro "El niño con Síndrome de Down" de Sylvia G.E. de López-Foudeá. Diana. México 1983.

Posteriormente en una práctica universitaria, de un programa piloto en el cual se aplicaba el sistema SIAMA del compositor y pedagogo Francisco Núñez, tuve la oportunidad de percatarme de lo que podía hacer un sonido, una melodía, en el ánimo de un ser humano. Esto me llevó a investigar en mí misma cómo me impactaban algunas melodías, sin embargo, esto conllevaba el más puro empirismo. Un buen día en una conferencia escuché por primera vez el término musicoterapia y a partir de ese momento comencé a formular un incipiente trabajo de investigación, que me llevó no sólo a la investigación de la musicoterapia sino de otras formas alternativas y encontré que la terapia de juego se adaptaba perfectamente al proyecto que se ve concretado en este trabajo.

Por otro lado, pretendo hacer una pequeña aportación a la práctica pedagógica, pero no sólo desde el punto de vista técnico, sino desde el punto de vista humanista, abordando al individuo como un ser complejo que no sólo incrementa su acervo cultural, sino que crece y se desarrolla de manera integral, y este desarrollo no sólo compete a la estructura biológica, sino que el equilibrio también depende de la psicológica y la social, siendo esta última la que actúa significativamente en su desempeño.

Es así como mi interés en la deficiencia mental, los problemas familiares que genera y el encuentro con dos posibilidades de trabajo para grupo familiar dan origen a esta tesina constituida por nueve capítulos.

Los tres primeros capítulos están dedicados a la historia, legislación y tipificación de la Deficiencia Mental; un cuarto capítulo referido

a la revisión de la familia del deficiente mental y las alternativas que en ella se producen. En el quinto y sexto hablaré de la musicoterapia y ludoterapia respectivamente, el séptimo me permitió el planteamiento del problema y, en el octavo, arribé a la formulación del programa, integrado de musicoterapia y terapia de juego para padres con hijos deficientes mentales; por último, en el noveno, se desarrolla la evaluación a la que estará sujeto el programa.

Así, doy paso al trabajo en donde se conjugan mi interés personal y mi prurito científico en la aplicación de la ciencia pedagógica a un problema, a la vez antiguo y contemporáneo como lo es la deficiencia mental.

C A P I T U L O I

BR E V E R E S E Ñ A H I S T O R I C A S O B R E D E F I C I E N C I A M E N T A L

CAPITULO I

BREVE RESEÑA HISTORICA SOBRE DEFICIENCIA MENTAL

Iniciaremos este trabajo con un esbozo histórico, debido a que en todos los tiempos se ha tenido contacto con la deficiencia mental, dándosele las más diversas interpretaciones, desde las metafísicas hasta los tratamientos de tipo homicida, como en la antigua Grecia que a las personas nacidas con malformaciones físicas o mentales se les sacrificaba, arrojándolas por el monte Taigeto o al río Ilotas; porque no respondían a los valores fundamentales de belleza, inteligencia y perfección de esta cultura.

También entre los espartanos, con su avanzada cultura estatal, se aplicaba la eutanasia con los niños cuando, después de un examen minucioso se consideraba que no eran "normales".

En el "Corán", libro sagrado de los mahometanos se mencionaban los cuidados que se les debían tener a los "débiles mentales".

En América, la cultura Olmeca estudia y reproduce en arcilla a los considerados anormales, entre ellos a los deficientes mentales (figura llamada "el negro").¹

Los aztecas consideraban a los deficientes mentales y a otras malformaciones físicas como especímenes únicos y eran exhibidos como parte

1. Esta figura es una cara con rasgos negroides o tipo "mongoloide", que posee un orificio en la frente, que según cuentan leyendas antropológicas el que introduce las manos o la cabeza en el orificio, se le provocan alteraciones psíquicas; se encontró en las ruinas de Montealbán y se encuentra actualmente en el museo de La Venta en Tabasco.

de "zoológicos humanos" para la diversión del pueblo.

En las crónicas de la Nueva España se menciona la fundación de un hospital para "dementes" o "inocentes".

En Europa, Lutero y Calvino llamaban "poseídos del demonio" a quienes presentaban rasgos de deficiencia mental, con las consabidas consecuencias, que en los tiempos de la inquisición esto implicaba.

Durante el siglo XVIII, en el arte los deficientes mentales fueron objeto de atención por parte de los pintores Velázquez y Rubens que los plasman en dos de sus pinturas. ²

A fines de este mismo siglo Itard en Aveyron, Francia descubre un pequeño niño que fue llamado el "salvaje de Aveyron" a quien educa y, quizá sin intención, inicia la educación de "anormales" ³ como se les llamaba a los deficientes mentales todavía en ese tiempo.

A partir del siglo XIX se presenta un enérgico interés por el estudio y tratamiento de la deficiencia mental; se crean numerosas escuelas para el cuidado de los "retardados mentales".

En 1838 en Francia, Esquirol hace una distinción entre deficiente mental y alienado, tipificando al primero como "un trastorno que se caracteriza por un defecto intelectual presente desde el nacimiento o la

2. Actualmente estas obras se pueden admirar en el museo del Prado en Madrid, España.

3. Otras formas para denominar al deficiente mental han sido: "idiota, imbecil, estúpido, morón, retardado, subnormal, demente e incapaces".

primera infancia" ⁴ además intenta una clasificación en grado y variedades en base al criterio del uso del lenguaje.

También en Francia, el Dr. Seguin en 1837, rechaza la noción prevaleciente de "incurable" aplicada al retraso mental y establece la primera escuela dedicada a la educación de los niños deficientes mentales. Con Seguin, tienen su origen la mayoría de las técnicas de adiestramiento de los sentidos y los músculos, que se utilizan cotidianamente en las instituciones para la educación del deficiente mental y lo llamó "método fisiológico". Algunos procedimientos de discriminación sensorial y control motor creados por él fueron incorporados a los test de inteligencia en años posteriores; pero es hasta 1890 que Cattell (psicólogo americano doctorado en Alemania) usa por primera vez el término "test mental".

En el año de 1859 Darwin en el libro "El Origen de las Especies" habla de la inconveniencia para la especie humana de que se produzcan personas que padecen defectos físicos o mentales.

Para 1904, ya entrado el siglo XX, en Francia, la comisión ministerial para la enseñanza especial encarga a Binet la creación de una técnica de detección para el deterioro intelectual y él confecciona la primera escala métrica de la inteligencia que pretendía medir, el déficit o "debilidad" en la inteligencia, para 1905 Binet declara que la escala mé

4. Anastasi, Anne. Los test Psicológicos. Ed. Aguilar. España 1978.

trica permite saber "cuantos años de retraso o adelanto tiene un individuo" ⁵ siendo el precursor de los estudios sobre la medición de la inteligencia y la clasificación de la misma, de la cual surgen los diferentes tipos de atención para las variantes en la inteligencia.

En Gran Bretaña en 1913 se promulga el acta de deficiencia mental y se empiezan a registrar los casos de deficiencia mental y su nivel de subnormalidad. ⁶

En 1934 en Dublín, se declaró "será dicho -idiota o tonto- de nacimiento a aquel individuo que no pueda contar hasta veinte, ni decir quién es su padre o madre, ni cuántos años tiene, ... etc". ⁷

En 1941 Doll, define la deficiencia mental como una incompetencia social debida a una capacidad por debajo de lo normal, detectada dentro del período evolutivo, de origen constitucional y esencialmente incurable.

La Organización Mundial de la Salud en 1967 estimó que no debía hablarse de deficiencia mental sino "a partir de una puntualización psicométrica en pruebas de inteligencia situada a dos desviaciones típicas por debajo de la media, de la correspondiente población en coeficiente intelectual". ⁸

5. Zazzo y cols. Nueva Escala Métrica de la Inteligencia. Kapelusz. Argentina 1970.
6. S.S.A. Niveles de Atención para la Salud. Guía de Trabajo. Primera Reunión Anual. México 1981.
7. Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Santillana México 1986.
8. Ibid.

En México, en el siglo XX surge propiamente el interés por la deficiencia mental, con el oftalmólogo y neurólogo José de Jesús González Núñez (1914) originario de León de las Aldamas, Guanajuato en donde funda una escuela para débiles mentales funcionando ésta con recursos propios y escribe una de las obras más completas sobre lo que él llamó "los niños anormales psíquicos".

Para 1933 en un local anexo a la Policlínica de Peralvillo, Distrito Federal, dependiente del Departamento de Psicología de la Secretaría de Educación Pública, se forman tres grupos especiales para la atención de niños "anormales".

En 1935, el Lic. García Téllez crea el Instituto Médico Pedagógico más conocido como "Parque Lira", destinado a la educación de niños débiles mentales educables. Esta institución se hizo famosa debido a su programa educativo y a sus estudios de selección, diagnóstico y tratamiento médico-psicopedagógico, ideado por el también fundador Dr. Roberto Solís Quiroga.

El Dr. Solís en 1942 plantea la necesidad de institucionalizar la educación especial en México y como resultado de esa iniciativa un año después (1943), fue fundada la Escuela Normal de Especialización, cuyo propósito era el preparar profesores especialistas en educación especial.

9. Actualmente se pueden cursar seis carreras entre las que se encuentra la de Maestro Especializado en Deficiencia Mental.

En los años de 1952-1953 se creó la Dirección General de Rehabilitación de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, de la que surgieron los Centros de Rehabilitación números 3 y 6, para adolescentes varones y señoritas.

En 1960, cuando cumplía la función de ministro de Educación el Dr. Jaime Torres Bodet y como oficial mayor el profesor Manuel López Dávila, se fundan dos escuelas llamadas de "perfeccionamiento" para la educación de niños deficientes mentales, entre cinco y doce años. Estas instituciones se encontraban en la Villa de Guadalupe y en Clavería (Azcapotzalco).

También en ese año, la Secretaría de Salubridad y Asistencia a cargo del Dr. José Álvarez Amézquita, establece la Escuela-Granja para adolescentes deficientes mentales, con personal especializado, pagado por la Secretaría de Educación Pública y ubicado en Tlalpan (Distrito Federal).

A partir de entonces han surgido una multiplicidad de servicios, tan to públicos como privados que le proporcionan un estudio y tratamiento más completo, el cual comprende aspectos no sólo psicométricos, sino también biológicos, psicológicos, médicos, educativos y sociales.

Actualmente, el Distrito Federal (tan solo) cuenta con planteles de intervención temprana, Escuelas de Educación Especial y talleres protegidos, para la atención, educación y ocupación laboral del deficiente mental, así como otras instituciones para afecciones específicas como el Síndrome de Down, dándosele actualmente una mayor importancia a la educación especial de estos individuos.

Los padres de familia en este momento son más participativos en ac

tividades a favor del deficiente mental y se han organizado en una Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro de la Deficiencia Mental, A.C. que fue fundada en 1978 y que a la fecha ha celebrado encuentros de Padres de Familia, siendo el de 1988 internacional.

Vemos así que la deficiencia mental ha logrado despertar la atención a través del tiempo, tanto cotidiana como científicamente y ha habido gente interesada y comprometida con estos individuos que merecen el respeto y la oportunidad de incorporarse a la sociedad.

C A P I T U L O I I

LEGISLACION SOBRE

DEFICIENCIA MENTAL

CAPITULO II
LEGISLACION SOBRE DEFICIENCIA MENTAL

Casi todos los países del mundo poseen actualmente legislación especial para la deficiencia mental, después de que en el año de 1971 la Organización de las Naciones Unidas dió su conformidad a la Declaración de Derechos de los Deficientes Mentales ¹⁰ se constituye en siete artículos que son los siguientes:

Artículo 1. "El deficiente mental debe gozar hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos".

Artículo 2. "El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y al tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes".

Artículo 3. "El retrasado mental tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decorosa. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil".

Artículo 4. "De ser posible, el retrasado mental debe residir con su famili

10. Paso a Paso. Liga Internacional de Asociaciones Pro-Deficiente Mental.
Bruselas, Bélgica. Folleto 1983.

lia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal".

Artículo 5. "El retrasado mental debe poder contar con la atención de un tutor calificado cuando esto resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes".

Artículo 6. "El retrasado mental debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, y atendidas sus facultades mentales".

Artículo 7. "Si algunos retrasados mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o supresión deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Asimismo, tal limitación o supresión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación a autoridades

superiores".

Estos artículos, como hemos podido observar, son lineamientos generales que permiten ser adecuados a las formas específicas de legislación en cada país.

Nuestro país se encuentra regido por la llamada "Carta Magna" o Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ¹¹ que en su Título Primero. Capítulo I. De las Garantías Individuales, establece:

Artículo 1. "Todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse, ni suspenderse si no en los casos y con las condiciones que ella misma establece".

Artículo 3. Nos dice que todo mexicano tiene derecho a educación sin ningún exclusivismo de raza o credo.

Título Sexto. Del Trabajo y la Previsión Social.

Artículo 123. "Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley..."

El deficiente mental como cualquier otro individuo de nacionali--

11. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Editorial Porrúa. México 1990.

dad mexicana tiene derecho a gozar de estas garantías; pero tendrá que tratársele de manera especial y este tipo de especificaciones se han realizado en la normatividad específica, tanto federal como local.

En asistencia social:

Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social: 12

Capítulo Primero. Disposiciones Generales.

Artículo 2. "El Estado en forma prioritaria proporcionará servicios asistenciales encaminados al desarrollo integral de la familia, - entendida ésta como la célula de la sociedad que provee a sus miembros de los elementos que requieren en las diversas circunstancias de su desarrollo y también a apoyar en su formación y subsistencia a individuos con carencias familiares esenciales no superables en forma autónoma por ellos".

Artículo 3. "Para los efectos de esa ley, se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva".

12. Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. En el Diario Oficial del jueves 9 de enero de 1986.

Artículo 4. "En los términos del artículo anterior de esta Ley son sujetos de los servicios de asistencia social preferentemente los siguientes:

Fracción VI. Inválidos por causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudéz, alteraciones del sistema neuro-musculoesquelético, deficiencia mentales, problema de lenguaje u otras deficiencias.

Esta ley sólo menciona que son sujetos de asistencia pero no especifica qué tipos de asistencia se le deberá de proporcionar.

En educación:

Ley Federal de Educación: 13

Capítulo Segundo. Sistema Educativo Nacional.

Artículo 15. "El Sistema Educativo Nacional comprende los tipos elemental, medio y superior, en sus modalidades escolar y extraescolar. En estos tipos y modalidades podrán impartirse cursos de actualización y especialización.

El Sistema Educativo Nacional comprende, además, la Educación Especial o la de cualquier otro tipo y modalidad que se impartida de acuerdo con las necesidades educativas de la población

13. Ley Federal de Educación. S.E.P. México 1974.

y las características particulares de los grupos que la integran".

La educación especial comprende la educación de los deficientes mentales en nuestro país, dándose de manera pública y privada en las dos modalidades, escolar y extraescolar.

En Materia Penal:

Código Penal en el Distrito Federal en Materia de Fuero Común,¹⁴ señala:

Capítulo Cuarto. Circunstancias Excluyentes de Responsabilidad.

Artículo 15. "Son circunstancias excluyentes de responsabilidad penal:

Fracción II. Padecer el inculpado, al cometer la infracción, trastorno mental o desarrollo intelectual retardado que le impida comprender el carácter ilícito del hecho o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio sujeto activo haya provocado esa incapacidad intencional o imprudencialmente".

Capítulo Quinto. Tratamiento de Inimputables y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir Estupefacientes o Psicotrópicos en Internamiento o en

14. Código Penal en el Distrito Federal en materia de Fuero Común. Ediciones Mexicanas Unidas. México 1988.

Libertad.

Artículo 67. "En el caso de los inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente.

Si se trata de internamiento, el sujeto inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento..."

Artículo 68. "Las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellas, siempre que se obliguen a tomar medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia, garantizando por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades el cumplimiento de las obligaciones contraídas..."

Artículo 69. "En ningún caso la medida de tratamiento impuesta por el juez penal excederá de la duración que corresponda al máximo de la pena aplicable al delito. Si concluido este tiempo la autoridad ejecutora considera que el sujeto continúa necesitando el tratamiento, lo pondría a disposición de las autoridades sanitarias para que procedan conforme a las leyes aplicables"

Como hemos visto, el código penal da un tratamiento especial al deficiente mental, ubicándolo como inimputable, esto es, no culpable. Para realizar esta consideración es necesario que el sujeto, por un lado, no comprenda el carácter ilícito de la conducta, y por otro, que se con-

duzca de acuerdo a esa comprensión y/o haya actuado bajo instigamiento co
mo autor material y no intelectual del ilícito.

En materia de Protección Civil:

Código Civil en el Distrito Federal: 15

Libro Primero. De las Personas. Título Primero. De las personas
Físicas.

Artículo 22. "La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde que el individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente código".

Artículo 23. "La menor edad, el estado de interdicción y las demás incapacidades establecidas por la ley son restricciones a la personalidad jurídica; pero los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes".

Título Noveno. De la Tutela. Capítulo Primero. Disposiciones Generales.

Artículo 449. "El objeto de la tutela es la guarda de la persona y bienes de los que no estando sujetos a patria potestad tienen inca
pacidad natural y legal o solamente la segunda para gobernar

15. Código Civil para el Distrito Federal. Porrúa. México 1988.

se por sí mismos. La tutela puede también tener por objeto la representación interina del incapaz en los casos especiales que señala la ley.

En la tutela se cuidará preferentemente de la persona de los incapacitados. Su ejercicio queda sujeto en cuanto a la guarda y educación de los menores..."

Artículo 450. "Tienen incapacidad natural y legal:

Fracción II. Los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad, aún cuando tengan intervalos lúcidos;..."

Artículo 464. "El menor de edad que fuera demente, idiota, imbecil, sordomudo, ebrio consuetudinario o que habitualmente abuse de las drogas enervantes, estará sujeto a la tutela de menores, mientras no llegue a la mayor edad.

Si al cumplirse ésta continuare el impedimento, el incapaz se sujetará a una nueva tutela, previo juicio de interdicción ¹⁶ en el cual serán oídos el tutor y curadores anteriores".

Artículo 466. "El cargo de tutor del demente, idiota, imbecil, sordomudo,

16. El estado de interdicción se determina de la siguiente forma: son nulos todos los actos administrativos ejecutados y los contratos celebrados por los incapacitados sin la autorización del tutor.

ebrio consuetudinario y de los que habitualmente abusen de las drogas enervantes, durará el tiempo que subsista la interdicción, cuando sea ejercitado por los descendientes o por los ascendientes. El cónyuge tendrá obligación de desempeñar ese cargo mientras conserve su carácter de cónyuge. Los extraños que desempeñen la tutela de que se trata, tienen derecho de que se les releve de ella a los diez años de ejercerla".

Es esta normatividad la que protege al incapacitado, como es el caso de la persona deficiente mental, el cual requiere de una tutela, tanto en su persona como en sus bienes, además de que esto responde a las garantías individuales que cualquier ciudadano mexicano debe disfrutar en su país, con la seguridad de que es protegido, respetado y tratado con justicia en todas las circunstancias y actos de su vida.

C A P I T U L O I I I

EL DEFICIENTE MENTAL

CAPITULO III

EL DEFICIENTE MENTAL

Este capítulo está dedicado al sujeto deficiente mental en el que se pretende caracterizarlo, revisar su diagnóstico y pronóstico.

3.1. CONCEPTO.

A lo largo de la historia se ha definido la deficiencia mental de diversas formas. No ha existido acuerdo general para el uso de un término específico ni tampoco un concepto que pudiera ser "lugar común" para el mejor entendimiento de los factores que confluyen en este problema.

De manera indiscriminada se han usado las expresiones: "débil mental", "retardo mental", "atraso mental", "deficiencia mental"; sin embargo, es conveniente considerar que debido a ciertas circunstancias esos mismos términos han tenido connotaciones diferentes que corresponden a las necesidades de la época en que surgieron. Por ello resulta indispensable caracterizar la deficiencia mental en tiempo y espacio.

Arnold Gessel dice "la deficiencia mental representa una reducción o emprobecimiento de la potencialidad del crecimiento a consecuencia de lo cual, la velocidad de maduración está retardada y el nivel máximo que alcanza la conducta se encuentra descendido". 17

17. GESSEL, A. y AMATRUDA, C. Diagnóstico y Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Paidós, Argentina. p. 143

La Dirección General de Educación Especial de México describe al deficiente mental como "un sujeto que presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo, acompañada de alteraciones en la conducta adaptativa". 18

Para el Dr. Guillermo Coronado, la deficiencia mental clasificada desde el punto de vista médico es un síndrome. 19

La Asociación Internacional para el Estudio Científico de la Deficiencia Mental nos dice que "es una afección resultado del cociente significativamente bajo del funcionamiento intelectual simultáneo a carencias en la conducta adaptativa, el grado de eficiencia con que el individuo cumple los patrones de independencia personal y responsabilidad social correspondientes a su edad o grupo". 20

Después de reflexionar sobre las expresiones anteriores, se ha considerado conveniente adoptar para este trabajo el siguiente concepto:

La Deficiencia Mental es un síndrome que comprende entre sus síntomas, un déficit significativo y permanente en la inteligencia, una limitación en su proceso de maduración y falta de adaptación social que no le permite establecer una existencia independiente.

18. Cuadernos S.E.P. de la Dirección de Educación Especial.

19.-Síndrome es un conjunto de síntomas que a veces presenta cuadros clínicos asociados a enfermedades bien definidas y que obedecen a distintas etiologías.

20. CORONADO, G. Tratado sobre Clínica de la Deficiencia Mental. CECSA. México 1978.

3.2 ETIOLOGIA.

Es importante conocer la etiología 21, debido a que de esta forma es posible hacer un diagnóstico, pronóstico y tratamiento adecuados al individuo deficiente mental.

La etiología que interviene en este padecimiento es múltiple y la dividiremos en cinco grupos:

3.2.1. Grupo de Factores Genéticos.

Los factores genéticos se encuentran latentes antes de la concepción ya sea por herencia o por mutación. La especie humana genéticamente se constituye de 46 cromosomas, 23 pares, 22 son iguales en el hombre y la mujer y el par 23 es el cromosoma que contiene los genes 22 que determinan el sexo.

En estos 23 cromosomas se pueden llevar a cabo procesos de mutación 23 en los genes que dan por resultado enfermedades de tipo genético que conllevan deficiencia mental entre las cuales se encuentran:

3.2.1.1. Síndrome de Down o Trisomía 21, consiste en que se anexa un cromosoma más en el par 21.

21. Etiología es el estudio sobre las causas de las cosas.

22. Gene es una zona de DNA, y es una parte del cromosoma.

23. Mutación.-todo cambio de estructura genética.

3.2.1.2. Síndrome del Maullido de Gato, consiste en una pérdida de brazos cortos de los cromosomas 4 ó 5.

3.2.1.3. Síndrome Klinefelter, se refiere a la constitución cromosómica alterada en el par 23 (XXY) se anexan hasta tres cromosomas "X" teniendo de 47 a 49 cromosomas; entre más cromosomas "X" hay, el retraso es más profundo.

3.2.1.4. Síndrome Triple "X" o "Super Hembra", la cantidad cromosómica se encuentra aumentada en el par 23 con un cromosoma "X" más (47 cromosomas)

3.2.1.5. Síndrome XYY, la alteración cromosómica se encuentra en el aumento de un cromosoma "Y" en el par 23.

3.2.2. Grupo de Factores Prenatales.

Son los que pueden estar presentes durante el embarazo.

3.2.2.1. Infecciosos.-son condiciones provocadas por microorganismos tales como virus, bacterias y protozoarios; entre los que se encuentran: toxoplasmosis, rubeola, sífilis y hepatitis.

3.2.2.2. Químicos.-son sustancias a las que está expuesta la madre gestante y que determinada concentración en la sangre son nocivas para el producto como: plomo, arsénico, titanio, mercurio, talidomida (medicamento para la lepra), opiáceos, ácido lisérgico (LSD), quinina, sulfas y corticoesteroides.

3.2.2.3. Físicos.-son agentes externos a los que se expone la madre siendo el más representativo la radiación diagnóstica (rayos X, gammagramas); terapéutica (radioterapia en problemas cancerosos);y accidental (Plantas nucleares, explosiones nucleares) por material con-

taminado por radioactividad.

3.2.2.4. Nutricionales.-son por carencias nutricionales o enfermedades que afecten el estado nutricional de la madre, repercuten directamente en el desarrollo intrauterino del producto, como desnutrición y enfermedades cancerosas.

3.2.2.5. Inmunológicos.- son condiciones que activan los organismos por interacción del sistema antígeno (sustancia extraña) y anticuerpo (sustancia de defensa), entre las cuales se encuentra la incompatibilidad de RH y el Kerníctero.

3.2.2.6. Endócrinos.-son condiciones secundarias a defectos metabólicos entre los que se encuentran la toxemia, eclampsia y diabetes.

3.2.2.7. Intrauterinos.-son aquellos que se relacionan con alteraciones anatómofisiológicas "in útero", como alteraciones placentarias o hipoxia intrauterina.

3.2.2.8. Otros factores.-como consanguinidad y edad avanzada.

3.2.3. Grupo de Factores Perinatales.

Este grupo se caracteriza por todo cuando interviene en el momento de dar a luz como:

3.2.3.1. La hipoxia que es una disminución del aporte de oxígeno en la circulación del producto, secundaria a desprendimiento prematura de placenta; por placenta previa, por cordón umbilical delgado, circular de cordón, parto gemelar; por período de expulsión prolongado; por parto pélvico con retención de cabeza; además de prolapso de cordón, broncoaspiración y depresión del sistema nervio

so por anestésicos.

3.2.3.2. Los traumatismos cráneo-encefálicos.-son lesiones de las estructuras de la cabeza con afección principal de la masa encefálica y puede producirse por la aplicación de focerps o por desproporción céfalo-pélvica.

3.2.3.3. La Prematurez que se considera cuando el producto no logra una madurez completa del sistema nervioso (antes de las 37 semanas de gestación).

3.2.3.4. La ruptura prematura de membranas, que se considera cuando han transcurrido más de ocho horas entre la ruptura de membranas amnióticas y el inicio del trabajo de parto, con riesgo de proceso infeccioso.

3.2.4. Grupo de Factores Posnatales.

Como su nombre lo indica, son los que se presentan después del nacimiento y se pueden dividir en:

3.2.4.1. Infecciosos.-son aquellos que afectan el sistema nervioso, se encuentran la meningoencefalitis, sífilis, septicemia, niños diabéticos con desequilibrio hidroelectrolítico.

3.2.4.2. Traumáticos.-que se refieren a lesiones de las estructuras de la cabeza con afección principal a masa encefálica.

3.2.4.3. Químicos.-se considerarán aquí intoxicaciones por monóxido de carbono, gas butano, insecticidas, plomo, además del alcoholismo y sobredosis de medicamentos.

3.2.4.4. Nutricionales.--se refieren a las carencias nutricionales, desnutrición de tercer grado (déficit de más del 40% del peso normal para la edad que se analice).

3.2.4.5. Metabólicos.--se consideran alteraciones en el equilibrio metabólico que afectan el funcionamiento de algunos órganos, como: hipotiroidismo, cretinismo, fenilcetonuria y galactosemia.

3.2.4.6. Otros factores.--son diversos los factores posnatales que pueden provocar la deficiencia mental entre ellas se encuentra la asfixia por aspiración de cuerpo extraño, broncoaspiración, convulsiones secundarias a períodos febriles, también encontramos factores medioambientales que se refieren a las privaciones de estímulos o baja calidad de patrones culturales y familiares.

3.3. CLASIFICACION.

Cuando se trata de clasificar un fenómeno, se encuentran grandes variantes en los criterios utilizados. La clasificación seleccionada para este trabajo de investigación obedece a la intensidad de la deficiencia mental. Así podrán compararse cinco tipos entre los que destacan los que se enuncian enseguida:

3.3.1. Clasificación de Terman-Merrill.

Criterio	C.I. 24
Frontera o limítrofe	89-80
Subnormal	79-70
Superficial	69-50
Media	49-30
Profunda	29-0

24. Cociente Intelectual

3.3.2. Clasificación de la Organización Mundial de la Salud.

Criterio	C.I.
Limítrofe	85-68
Media	67-52
Moderado	51-36
Severo	35-20
Profundo	19-10

3.3.3. Clasificación de la Dirección de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública.

Criterio	C.I.
Leve	70-50
Moderado	49-30
Severo	29-10
Profundo	9-0

3.3.4. Clasificación del Dr. Guillermo Coronado.

Criterio	C.I.
1er. Grado	
Frontera o limítrofe	95-91
Subnormal	90-81
Superficial	80-66
2o. Grado	
Medio	65-51
Severo o Semiprofundo	50-31

3er. Grado

Profundo

30-0

3.3.5. Clasificación de Weschsler

Criterio

C.I.

Normal-Torpe

80-90

Fronterizo

79-66

Defectivo Mental

65-0

CUADRO COMPARATIVO DE CLASIFICACIONES

CUADRO 1

TERMAN-MERRILL	O.M.S.	D.G.E.E.-S.E.P.	DR. CORONADO	WESCHSLER	PRONOSTICO
FRONTERA LIMITROFE 59-50	LIMITROFE 55-68		1er. GRADO SUBNORMAL 90-81 SUPERFICIAL 80-66	NORMAL-TORPE 90-80	EDUCABLES
SUBNORMAL 79-70				FRONTERIZO 79-66	ENTRENABLES
SUPERFICIAL 69-50	MEDIA 67-52	LEVE 70-50	2o GRADO MEDIA 65-51	DEFECTIVO MENTAL 65-0	ENTRENABLES
MEDIA 49-30	MODERADO 51-36	MODERADO 49-30	2o GRADO SEVERA O SEMIPROFUNDA 50-31		ENTRENABLES Y CUSTODIA
PROFUNDA 29-0	SEVERO 35-20 PROFUNDO 19-10	SEVERA 29-10 PROFUNDA 9-0	PROFUNDA 30-0		CUSTODIA

Observamos en el cuadro 1. que con algunas diferencias en los rangos, la mayoría de las clasificaciones forman tres grandes grupos: los deficientes mentales educables, los entrenables y los de custodia.

3.4. DIAGNOSTICO.

Aunque es importante que el diagnóstico de deficiencia mental se establezca lo más pronto posible, sin embargo, sólo se ha podido realizar en los primeros meses de vida en la minoría de los casos; ya que algunos deficientes mentales limítrofes pasan inadvertidos hasta que el niño empieza a retrasarse en la escuela, debido a esto es necesario un diagnóstico preciso y fundamentado cuando exista la menor sospecha de deficiencia mental. Se debe hacer un diagnóstico si el niño nacido tiene factores etiológicos de riesgo tales como antecedentes hereditarios, gestacionales, de téticos, perinatales o de ambiente posnatal.

También cuando su crecimiento somático se encuentre detenido o con un desarrollo motor y del lenguaje particularmente lento. Además de "facies" ²⁵ característica, tal como, el síndrome de Down; un rasgo que debe alertar a los padres es que el bebé no succione, no coma ni responda a estímulos luminosos o ruidos muy estruendosos, sin embargo aquí se debe hacer un diagnóstico diferencial con otras anomalías sensoriales.

25. Facies: rasgos característicos en rostro.

Observamos en el cuadro 1. que con algunas diferencias en los rangos, la mayoría de las clasificaciones forman tres grandes grupos: los deficientes mentales educables, los entrenables y los de custodia.

3.4. DIAGNOSTICO.

Aunque es importante que el diagnóstico de deficiencia mental se establezca lo más pronto posible, sin embargo, sólo se ha podido realizar en los primeros meses de vida en la minoría de los casos; ya que algunos deficientes mentales limítrofes pasan inadvertidos hasta que el niño empieza a retrasarse en la escuela, debido a esto es necesario un diagnóstico preciso y fundamentado cuando exista la menor sospecha de deficiencia mental. Se debe hacer un diagnóstico si el niño nacido tiene factores etiológicos de riesgo tales como antecedentes hereditarios, gestacionales, obstétricos, perinatales o de ambiente posnatal.

También cuando su crecimiento somático se encuentre detenido o con un desarrollo motor y del lenguaje particularmente lento. Además de "facies" característica, tal como, el síndrome de Down; un rasgo que debe alertar a los padres es que el bebé no succione, no coma ni responda a estímulos luminosos o ruidos muy estruendosos, sin embargo aquí se debe hacer un diagnóstico diferencial con otras anomalías sensoriales.

25. Facies: rasgos característicos en rostro.

3.5. PRONOSTICO.

El pronóstico tiene suma importancia para la deficiencia mental y consiste en la medida de lo posible en determinar las capacidades que el individuo tiene conservadas o que puede llegar a desarrollar y vislumbrar su evolución a largo plazo.

Es cierto que al deficiente mental nunca lo nivelaremos con personas "normales" pero sí se pueden llevar a cabo un sin fin de actividades para desarrollar en él habilidades tanto motoras como sociales, que le permitirán llevar una vida útil y productiva.

El pronóstico también dependerá de qué tan profunda sea la deficiencia mental, sin embargo, podemos hablar de tres grandes grupos en el aspecto educativo (retomaremos la última columna del cuadro 1.).

El primer grupo que lo llamaremos "Educable", tiene un pronóstico muy favorable, algunas veces (escasas) alcanzan el primer año de educación secundaria y es posible incorporarlos al ámbito laboral de manera normal y pueden ser útiles así mismos a su familia y a la sociedad que los rodea.

El pronóstico para el segundo grupo que llamaremos "Entrenables"; no es tan favorable, pero con esfuerzo pueden ser integrados al medio laboral; generalmente en talleres protegidos, realizando actividades muy sencillas, la gran mayoría de las personas deficientes mentales que pertenecen a este grupo requieren de tutelaje.

El tercer y último grupo lo denominaremos "De Custodia" y se refiere a aquellos individuos que no pueden desempeñar un trabajo, deben es

tar sujetos a tutela permanente, ya que en ocasiones no pueden ni realizar las más elementales actividades, generalmente no desarrollan lenguaje, sino sólo sonidos o, mejor dicho ruidos, pero con una gran paciencia en ocasiones se logra que coman y un cierto control de esfínteres; muchos de los deficientes mentales de este grupo se encuentran reclusos o en su hogar o en instituciones.

Es importante tomar en consideración que por mínimas que sean sus capacidades, su pronóstico depende de la atención y la estimulación oportuna por parte de sus padres, la sociedad y fundamentalmente de un equipo multidisciplinario que le provea de los programas educativos adecuados a su pronóstico.

3.6. CARACTERISTICAS.

A lo largo de este capítulo hemos mencionado algunas de las características que posee el individuo deficiente mental, sin embargo, en este apartado puntualizaremos sobre sus características físicas, cognoscitivas, de lenguaje, de motricidad y de afectividad a partir de los tres rangos mencionados en el pronóstico, los cuales son: educables, entrenables y de custodia.

3.6.1. Físicas.

Son aquellas que comprometen lo anatómico y lo fisiológico, es decir, manifestaciones corporales y funcionales frecuentemente evidentes. (ver cuadro 2).

3.6.2. Cognoscitivas.

Son las características que se refieren al desarrollo de las fun-

ciones mentales superiores tales como, la memoria, el juicio, el razonamiento, el análisis, la síntesis, la atención que de manera inevitable se encuentran disminuidas o ausentes y por lo tanto alteran entre otras, las habilidades para la lecto-escritura y el cálculo. (ver cuadro 2).

3.6.3. Lenguaje.

La capacidad para expresarse o comunicarse depende principalmente del desarrollo del cerebro, cuando éste se encuentra disminuido en sus funciones, se producen también algunas anomalías en el lenguaje que pueden deberse a alteraciones auditivas, anomalías funcionales. Además una falta de estimulación por parte de la familia (ver cuadro 2).

3.6.4. Motricidad.

Son las funciones que realizan una serie de músculos independientes en una acción interdependiente comandada por el cerebro, las alteraciones funcionales en el área propician dificultades en las coordinaciones motoras gruesas y finas. (ver cuadro 2).

3.6.5. Afectividad.

Son aquellas funciones que se refieren al área psicosocial, que implican el desarrollo de habilidades adaptativo-sociales, así como, las que comprometen el carácter y personalidad del individuo. (ver cuadro 2).

CARACTERISTICAS DEL DEFICIENTE MENTAL

RANGO	FISICAS	COGNOSCITIVAS	LENGUAJE	MOTRICIDAD	AFFECTIVIDAD
E D U C A B L E	<ul style="list-style-type: none"> -Alteraciones en la constitución corporal y anatomo-funcional. -Asimetrías craneofaciales leves. -Hipotrofia estatura-corporal. -Deformaciones óseas. -Estrabismos -Alteraciones de la visión. 	<ul style="list-style-type: none"> -Perturbaciones en la ideación, conceptualización y razonamiento -Alteraciones en el juicio y la memoria -Dificultad para el aprendizaje. -Aparece frecuentemente acompañada de dislexia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Hipoevolución de lenguaje. -Perturbaciones lingüísticas acompañadas de hipoacusias. -Sorderas -Tartamudeo -Afasias 	<ul style="list-style-type: none"> -Hipoevolución de la psicomotricidad -Inmadurez neuromotriz leve. -Incoordinación motriz -Parexias -Imprecisión en la imagen corporal. -Dificultad en movimientos finos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Hiperquinesia -Inadaptación social -Inestabilidad emocional. -Inmadurez emocional -Agresividad -No se preocupa por su futuro. -Es desgarrado y displásico. -Necesitan códigos estrictos para seguir sus actividades cotidianas.
E N T R E N A B L E	<ul style="list-style-type: none"> -Deformaciones craneales. -Graves asimetrías craneo-faciales. -Anomalías de forma e implantación de las orejas y del rostro en general. -Hipodesarrollo estatura-corporal. -Se agregan diversas anomalías o disfunciones orgánicas 	<ul style="list-style-type: none"> -Carencias en las funciones mentales superiores. -Graves problemas en la lecto-escritura y el cálculo. -Suelen llegar a escribir su nombre y a conocer el valor de algunas monedas. -Su pensamiento es concreto. -Hay una incapacidad para planear y tener objetivos claros. 	<ul style="list-style-type: none"> -Graves problemas de comunicación. -Alteraciones auditivas. -Alteraciones lingüísticas -Balbuceo o afonía -Idioglósia -Agramatía -Ceceo -Ecolalia -Coprolalia -Verborrea 	<ul style="list-style-type: none"> -Inmadurez neuromotriz -Incoordinación motriz -Dificultad en los movimientos finos y gruesos. -Alteraciones en la marcha como: <ul style="list-style-type: none"> -Ataxia -Marcha espástica -Marcha acelerada -Coordinación muscular disminuida 	<ul style="list-style-type: none"> -Problemas en la conducta social severos -Labilidad afectiva -Depresivos -Alto grado de agresividad. -Tendencia a la delincuencia. -Hipersexualidad -Fobias, mitomanías, cleptomanía. -Dificultad para basarse a sí mismo. -Enuresis.
D E C U S T O D I A	<ul style="list-style-type: none"> -Lesiones cerebrales macroscópicas. -Graves trastornos genético-metabólicos que comprometen toda la economía corporal. -Deformaciones y anomalías orgánicas y funcionales de todos los sistemas orgánicos. -Anomalías en la motilidad, reflejos, trofismo o sensibilidad. -Deformaciones de cráneo y sistema óseo. -Alteraciones graves de la visión o ceguera. 	<ul style="list-style-type: none"> -Las funciones mentales superiores se encuentran nulificadas o con deterioro grave. 	<ul style="list-style-type: none"> -Lenguaje nulo o ausente sustituido por expresiones guturales o gritos incomprensibles. -Agoalalia.-sin lenguaje. -Trastornos de oído y otras gnoxias son muy notables. 	<ul style="list-style-type: none"> -La motricidad está gravemente afectada -Estación y marcha nulos. -Modificaciones en el equilibrio y la fuerza. -Sinergias, temblores -Puede llegar a controlar la cuchara (nunca el tenedor o el cuchillo) al alimentarse. -Nula motricidad fina. 	<ul style="list-style-type: none"> -Formas agresivas de conducta. -Estados de inhibición. -Angustia -Depresión -No puede satisfacer sus necesidades primarias. -Nulo control de esfínteres. -Incapacidad de basarse a sí mismo. -La música le atrae.

C A P I T U L O I V

LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL

CAPITULO IV

LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL

En la actualidad al hablar de familia aceptamos una especie de acuerdo tácito que implica la idea de que todos sabemos a qué nos referimos, sin embargo observamos una enorme variedad de formas que puede presentar esta institución, como veremos.

4.1. CONCEPTO DE FAMILIA

Desde tiempos inmemoriales se han reunido los hombres en grandes o pequeños grupos asociados para solucionar las necesidades de sus individuos, tales como las asociaciones tribales para cazar animales y dar de comer a los miembros del grupo, estas asociaciones han ido evolucionando hasta lo que consideramos ahora como familia ²⁶ definida como célula, unidad o institución básica que tiene la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad para su preservación.

Parafraseando a Marx y a Engels ²⁷ "la primera premisa de toda existencia humana es que los hombres se hallen para hacer historia, en condiciones de poder vivir" para llegar a vivir se necesita comer, vestir, habitación, cuidados y afecto es así como se dá "el primer acto histórico del hombre" (también el primer acto social) como "la producción de los medios indispensables para la satisfacción de estas necesidades" a medida

26. La palabra familia proviene de la raíz latina "famulus" que significa sirviente o esclavo doméstico.

27. FERRARO, J. Hacia un Diálogo Católico-Marxista sobre la Familia. Ed. col. México 1979.

también de que se producen estos medios de subsistencia; se comienzan "a crear otros hombres" esto es, a procrear para esta forma de producción se establece una relación entre un hombre y una mujer y entre padres e hijos se produce la relación de familia.

Así pues, la familia no es sólo una institución reproductora del género humano sino una relación entre individuos, en un medio social que determina y modifica sus interacciones, sus funciones de producción y reproducción cultural, ideológica y social.

4.2. LA FAMILIA Y SU INTEGRACION

La familia como institución y relación social enfrenta una serie de tareas y tiene una función mediadora y catalizadora entre el individuo y la sociedad, además de la procreación.

La conjugación hombre-mujer nos va a dar la pareja creadora pero, no necesariamente nos dá por resultado la familia, hecho que se vé complicado por circunstancias tales como: raza, religión, costumbre, régimen político, entre otros.

En México, la familia actual es el resultado de la mezcla entre dos culturas en donde la figura preponderante es la madre en cuanto a presencia y cercanía a los hijos, así como, un padre ausente por herencia (como lo fue el padre español con el hijo indígena), también las circunstancias de la vida moderna contribuyen a fomentar la falta de comunicación y afecto, perdiendo la familia unidad y contenido, aunque generalmente no pierde la estructura ya que se encuentra fuertemente influenciada por la tradición y educación religiosa.

Es así como, existen dos tipos de familias mexicanas. La primera, la familia nuclear que está formada por padre, madre, e hijos y permanece así durante gran parte del desarrollo de los hijos en donde los roles están distribuidos en forma más o menos estable. La segunda, la familia extendida que es muy frecuente en México y es en uno de los pocos países que aún conserva este tipo de organización y se encuentra formada por familiares del padre o de la madre como abuelos, tíos, primos y otros, este tipo de familia "es muy importante dentro de nuestra sociedad a pesar de que también puede ser fuente de conflictos en relación con la familia nuclear. Sin embargo, son más los beneficios que proporciona, porque es determinante en el apoyo que puede prestar a la nuclear en un momento de crisis que convulsione su estructura" ²⁸ como en el caso de muerte de alguno de los integrantes de la pareja parental, los abuelos, hermanos y tíos ayudan inmediatamente al cónyuge que haya quedado vivo y a cargo de los hijos" como si la desgracia aglutinara y diera forma al sentido familiar latente en el mexicano". ²⁹

Este último punto será de vital importancia para los problemas de desintegración que se presentan en la familia por el nacimiento de un individuo deficiente mental.

28. SANDOVAL, D.M. El Mexicano: Psicodinámica de sus Relaciones Familiares. Villicaña. México 1988. p. 43

29. Ibid. p. 43

4.3. ALTERACIONES EN LA DINAMICA DE LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL.

Como ya hemos dicho la familia se constituye con un hombre y una mujer que inicialmente formaron una pareja y que al arribo de un nuevo ser se constituyen en familia, cuando los cónyuges deciden procrear desean tener un hijo "sano" que les dé la oportunidad de prolongarse y realizarse; ya que el hijo desde su concepción comienza a tener un lugar dentro del grupo familiar y social, sin embargo cuando esto no sucede y el hijo que arriba tiene una alteración física o mental, la familia entra en crisis.

Cuando la alteración en el hijo es la deficiencia mental se inicia una crisis permanente en la estructura familiar, aún después de la muerte de éste.

Esta crisis inicia con una negación del hecho, por parte de los padres, lo consideran un error, una confusión, visitan una amplia variedad de especialistas, encontrando siempre la misma respuesta; sin embargo, cuando ya no existe cabida a la duda se sienten castigados por entidades metafísicas, por la naturaleza y comienzan a buscar culpables para la situación que viven, uno a otro, cada cónyuge se culpa del problema que viven (es este momento en el que se deteriora más la pareja), y siguen sin aceptar a su hijo y las condiciones de éste, lo cual impide por un lado el ajuste a la situación y por otro dar una atención oportuna al problema.

Frecuentemente se dá el abandono del hogar por parte del padre, de la madre o de ambos, dejando en una situación desoladora no sólo

al hijo deficiente mental sino también a los demás miembros de la familia. Los otros miembros de la familia de los que no hemos hablado son los hermanos (si los hay o nacen posteriormente) irremediablemente son afectados. En principio se sienten excluidos del "secreto" de sus padres y observan que se esconde a su hermano en comparación con ellos; desconocen la situación, pero, la sienten. Al requerir el niño deficiente mental mayores atenciones y cuidados que un niño "normal", sienten celos por el excesivo "cariño" que se le dá a su hermano; perciben los estados emotivos de los padres (llanto frecuente, discusiones, rechazo, ausencias más prolongadas por uno o ambos padres, adicciones, etc.) y desarrollan sentimientos contradictorios con respecto a su hermano iniciándose el conflicto siempre presente de rechazo-aceptación, amor-odio, de ellos hacia el deficiente mental; ya que lo aman como hermano pero, lo responsabilizan de todo el dolor de sus padres y la falta de aceptación que tienen ellos y su familia dentro de la sociedad en la que viven.

De esta forma se desintegra una familia con el arribo de un deficiente mental, que en el mejor de los casos permanece unida, pero, con una convivencia turbulenta en donde se han deteriorado los fines y difíciles lazos del respeto a ellos mismos y a los demás.

Así pues la familia de un deficiente mental ha de analizar, comprender y aceptar sus nuevas condiciones de vida y prepararse para el difícil camino que le espera ante el desesperante y doloroso problema de la deficiencia mental.

CAPITULO V

MUSICOTERAPIA

CAPITULO V

MUSICOTERAPIA

En la musicoterapia existe "una fusión artístico-científica" ³⁰ que ayuda al ser humano a realizarse. Esta búsqueda de realización por el individuo se ha dado en todos los tiempos por lo cual, no podemos pensar que la musicoterapia sea exclusiva de nuestro tiempo.

5.1. HISTORIA

La música nace con el hombre o como diría Maurice Caseme ³¹ "la música es el canto espontáneo del hombre" ³² esa música que todos hemos oído desde que arribamos al mundo, ese mundo rico en sonidos que para el primitivo significaron misterio, magia y fantasía.

La música ligada a la magia en los comienzos de la humanidad, era utilizada en la curación de enfermedades y aún más, creían que tenía influencia en la fertilidad de la mujer, de esta forma va adquiriendo un poder omnipotente.

Los griegos hicieron uso de la música pero sin implicaciones mágicas, sino exclusivamente ateniéndose a la situación clínica y a la observación. "Platón recataba música y danza para los terrores y las angustias fóbicas. Aristóteles atribuía su efecto beneficioso en la catarsis

30. Revista de Musicoterapia. Tomo IV, X Aniversario, Argentina 1976. pp. 25.

31. Poeta Belga del Siglo XX.

32. WILLIEMS, E. El Valor Humano de la Educación Musical. Paidós España 1981.

emocional". 33

Los persas y los hindúes en su concepción sobre el origen del cosmos nos dicen "el universo fue creado por una sustancia acústica" 34 por lo cual los objetos conservan en mayor o menor medida su esencia sonora original.

En la Biblia (Samuel 16:23) dice "cuando el mal espíritu de Dios se apoderaba de Saúl, David tomaba el arpa, la tocaba y Saúl se calmaba y se ponía mejor y el espíritu malo se alejaba de él", 35 quizá éste es el primer relato de musicoterapia.

En Nueva Guinea, Africa creen que a través de las flautas pueden ser escuchadas las voces de los espíritus además de los tambores y los bufidos del toro.

En la edad media, los árabes y judíos para aliviar a sus enfermos, les llevaban música al hospital.

En el Siglo XV Marsilio Ficino, ya intentaba darle explicación física a los efectos que producía la música, en las personas.

Para el Siglo XVII, Burton en su obra "Anatomy of Melancholy" reunió todos los ejemplos disponibles hasta esa época sobre curación a través de la música.

33. BENENZON, R. Manual de Musicoterapia. Paidós. España 1981. pp. 251.

34. Ibid. p. 246.

35. Ibid. p. 245.

En el siglo XVIII tratanto de darle un enfoque más científico se prefiere hablar sobre el efecto que causa en las fibras del organismo, uno de sus exponentes es Lorry quien le atribuía un triple efecto, el primero excitante, el segundo calmante y por último armonizante.

En el siglo XIX en Madagascar, existían prácticas mágicas con ayuda de música y danza para expulsar espíritus malignos del enfermo. 36

En Francia, Esquirol, discípulo de Pinel, experimentó de manera racional la musicoterapia con "enajenados" como él les llama a los enfermos mentales (psicópatas, neuróticos) y concluye diciendo que no podía decir que la música había contribuido a curarlos, pero sí que resultaba adecuada para los convalecientes.

En lo que va del siglo XX la musicoterapia sufre grandes cambios y actualmente goza de gran florecimiento, sobre todo en el ámbito educativo y hospitalario. Entre algunos musicoterapeutas contemporáneos podemos mencionar a Therese Hirsch, en Ginebra; Lillian Azinala, en París; Juliette Alvin, en Inglaterra; E. Williems, en Bélgica; Mimi Scheiblauey en Suiza; French, en Austria y Paul Nordolf y C. Robbins en Estados Unidos.

Como hemos podido observar por medio de esta breve reseña, la musicoterapia ha sido utilizada por todos los pueblos en forma mágica y cada vez se le racionaliza más hasta llegar a concebirla como una ciencia 36. Aún se siguen realizando este tipo de prácticas en algunos estados de la República Mexicana.

paramédica.

5.2. CONCEPTO

La musicoterapia es una palabra compuesta en la que cada uno de los términos posee definición propia.

"De acuerdo al diccionario Oxford. 'la música es un arte y la terapia es una rama de la medicina que tiene que ver con el tratamiento de las enfermedades y la acción de los agentes terapéuticos en la enfermedad o en la salud'." 37

Rolando Benenson considera que hay dos posibilidades de definir la musicoterapia:

Desde el punto de vista científico "la musicoterapia es una especialización científica que se ocupa del estudio e investigación del complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no, tendiente a buscar elementos diagnósticos y métodos terapéuticos del mismo. Y desde el punto de vista terapéutico, la musicoterapia es una disciplina paramédica que utiliza el sonido, la música y el movimiento para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación, con el objetivo de emprender, a través de ellos, el proceso de entrenamiento y recuperación del paciente para la sociedad". 38

37. Revista de Musicoterapia. op. cit. pp. 11.

38. BENENSON, R. op. cit. pp. 13.

Sin embargo, la definición que más se adecúa a este trabajo es la de Juliette Alvin que dice: "la musicoterapia es el uso medido de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el entrenamiento de adultos y niños que sufren desórdenes físicos, mentales o emocionales". 39

Lo anterior se debe a que el programa que se propone en capítulo posteriores tiene como finalidad, la integración y aceptación afectiva del deficiente mental en su familia.

5.3. APLICACION.

Es necesario poseer las condiciones adecuadas para la aplicación correcta de la musicoterapia; entre ellas podemos mencionar, el medio ambiente en que se va a desarrollar, los materiales que se usarán, así como la forma en que se conducirá la sesión musicoterapéutica.

5.3.1. Salón o gabinete.

El lugar donde se va a llevar a cabo la sesión debe estar aislado de ruidos exteriores e interiores de la institución donde se encuentra ubicado el salón o gabinete. También debe poseer dimensiones adecuadas, ya que si es muy amplio dispersa la atención de los individuos, pero si es muy reducido no permite movimientos libres a los pacientes. Benenson aconseja un espacio de $5m^2$. de dimensión.

39. Revista de musicoterapia. op. cit. pp. 11.

Este salón debe estar desprovisto de adornos, con paredes pintadas de un color sedante (beige o rosa). El piso debe ser de madera con dos armarios empotrados en la pared, uno para los instrumentos y otro para los aparatos electrónicos; una mesa, una silla, y varios bancos sin respaldo. Todo este mobiliario deberá incluirse en lo posible en un salón o gabinete dedicado a la musicoterapia.

5.3.2. Material.

El material como ya mencionamos deberá estar colocado en dos armarios, de la siguiente forma:

El armario de aparatos electrónicos poseerá:

- a. Grabadora.
- b. Toca-discos.
- c. Sintetizador electrónico (no es indispensable).

En el armario de los instrumentos se deberá contar con los que reúnan estas características: simple manejo, fácil desplazamiento, potencia sonora, que tiendan a la expansión, que las posibilidades sonoras sean claras y entendibles en sus estructuras melódicas y que su sola presencia sea estimulante. Entre otros podemos proponer:

- a. Bongoes.
- b. Timbales.
- c. Platillos.
- d. Tecomates.
- e. Piano (que no reúne todas las características).
- e. Membranófonos.

- f. Panderero y pandereta.
- g. Crótalos.
- h. Campanillas.
- i. Triángulos.
- j. Xilófono.
- k. Metalófono.
- l. Marimba.
- ll. Güiro.
- m. Flauta dulce (con nivel más alto de apreciación).
- n. Guitarra (con nivel más alto de apreciación).
- ñ. Organo.
- o. Armónica.
- o. Castañuela.
- q. Maracas.
- r. Tambores.

No es necesario que se cuente con todos ellos ya que la sensación principal se dá con las percusiones en el cuerpo y con la voz.

5.3.3. Método de la Sesión Musicoterapéutica.

Es en la sesión en donde se inicia propiamente el efecto de la musicoterapia. Es recomendable que se realice en grupo y que no sea de más de treinta minutos.

Los integrantes del grupo estarán sentados en círculo; en bancos sin respaldo dejando el centro libre para los movimientos que sea necesario realizar.

La sesión posee tres etapas que pueden darse en ocasiones en diferente orden, pero generalmente siguen el que a continuación se describe:

Primera Etapa. Caldeamiento,

El caldeamiento se refiere a la preparación de un organismo para que se encuentre en condiciones óptimas de actuación. En relación a la catarsis es la descarga tensional que produce la sesión en su inicio o al término.

Segunda Etapa. Respuesta directa.

Esta es la descarga libre ante la musicoterapia que se enriquece de acuerdo al objetivo de la sesión y al seguido por la terapia, abriendo canales de comunicación.

Tercera Etapa. Diálogo sonoro.

Esta etapa se constituye en el clímax de la sesión. Se encuentra abierto el canal de comunicación totalmente, dándose de lleno el efecto terapéutico. Cuando esta etapa no se da, es difícil dar por terminada una sesión.

Al concluir la sesión se manifiesta el ambiente de cordialidad y motivación para las siguientes sesiones.

CAPITULO VI

LEOTERAPIA

CAPITULO VI

LUDOTERAPIA

El juego es aquello que relacionamos con lo primitivo, lo lleno de diversión, que permite la catarsis ⁴⁰ y promueve la alegría en el ser humano. Sin embargo, el juego no sólo es una actividad divertida en el hombre, sino que incide en casi todas sus acciones durante su desarrollo, desde que nace, con los sonidos guturales, que no son otra cosa que juegos de lenguaje, hasta que es adulto, con juegos de reglas y actualmente con juegos de computadora.

6.1 HISTORIA.

A través del tiempo han existido numerosas teorías que han tratado de explicar por qué jugamos, desde las netamente biológicas, como la teoría del descanso, que ahora se ha descartado porque el juego exige un gasto fuerte de energía, hasta las más modernas que sustentan desde el punto de vista psicológico que "el juego es una preparación para la vida", sin embargo, las teorías contemporáneas se apegan más al enfoque psicoanalítico y sostienen que el juego es "la expresión del yo" y "obedece a una necesidad instintiva de primer orden". ⁴¹ Como vemos en este desarrollo, no se han puesto de común acuerdo los estudiosos sobre este fenómeno, sin embargo en este contexto en el que se formulan las teorías so-

40. Es el efecto que se espera obtener de una descarga emocional por medio de la cual se libera el afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático (Freud).

41. CASTELLANOS, M. C. El juego en la Educación y en la Terapia de Subnormales. Prensa Médica Mexicana. México 1973. pp. 29.

bre el juego, también surgen las de su aplicación terapéutica.

Karl Gross, realizó la obra "Los juegos de los animales" en 1896, en donde hace una exposición psicológica del juego del animal y con ello del juego en forma general y sin pensarlo quizá de una de las funciones de la terapia de juego, cuando hace hincapié en que la importancia del juego "es eliminar los sentimientos hostiles y de miedo".⁴² Sin embargo, sólo se quedó en escrito y el primero que intenta la psicoterapia con niños (pero no con terapia de juego) es Freud en 1909, para tratar de aliviar la reacción fóbica en su histórico paciente Hans, con el cual, él no trabajaba directamente sino le sugería al padre de éste algunas formas para resolver los problemas del pequeño, en 1919 Hug-Hellmuth utiliza en forma directa el juego en una terapia infantil, quien pensaba que el juego en una terapia infantil, quien pensaba que el juego era una parte esencial en el análisis infantil. Sin embargo, es hasta 1928 que Ana Freud y Melanie Klein lo consideraron parte del tratamiento y en 1932, Melanie Klein propone usarlo como sustituto directo de las verbalizaciones, ya que consideraba el juego como el medio de expresión natural del niño de modo que cualquier niño, desde el más normal hasta el más perturbado, podría beneficiarse del "análisis de su juego".

Para finales de la década de los treinta se desarrollaron algunas técnicas de terapia de juego, entre ellas la conocida como tera--

42. BALLY, G. El Juego como Expresión de Libertad. Fondo de Cultura Económica. México 1980. pp. 53.

pia estructurada, que usa la teoría psicoanalítica como sustento pero su enfoque es orientado hacia objetivos. Levy en 1938 expone su teoría de la liberación por medio del juego, para niños que hubiesen experimentado algún hecho traumático y por su parte Salomón también en este año desarrolla su terapia de juego activa para usarla con niños impulsivos (acting out).

En 1947, Virginia Axline escribe sobre las reglas básicas de su técnica y posteriormente se convirtieron en el credo del enfoque de la terapia centrada en la persona.

En 1949, Bixler escribe acerca de los límites de la terapia y da pie para un movimiento en que el desarrollo y ejecución de límites se convirtió en el vehículo para el cambio en las sesiones de juego y sugiere establecer el terapeuta límites en los que se sienta cómodo para realizar su trabajo.

Hambridge en 1955 diseña sesiones de juego similares a Levy, pero, es más directivo al establecer las situaciones de juego y recrea directamente el suceso producto de ansiedad.

Las terapias de relación tienen su origen con Otto Rank en 1936, continúan con Allen en 1942 y con Mustakas en 1959 quienes enfatizaban el papel negativo del trauma de nacimiento y sus consecuencias en el niño que le impedían establecer relaciones interpersonales profundas.

También en 1959, Carl Rogers desarrolla el enfoque "centrado en el cliente" pero para adultos y Virginia Axline lo modifica para una técnica de terapia de juego, éste enfoque se basa en "la filosofía de que los niños luchan de manera natural para el crecimiento y que esta lucha se ha

derribado en los niños emocionalmente perturbados. La terapia de juego centrada en el cliente tiende a resolver el desequilibrio entre el niño y su ambiente para facilitar el crecimiento natural". 43

En el año 1999, Ginott vuelve a llamar la atención acerca de los límites que pueden dar por resultado una visión de sí mismo del niño, protegida por los adultos.

En esta breve reseña intentamos revisar someramente los diferentes enfoques clínicos de la terapia de juego, ya que actualmente un terapeuta no desarrolla un sólo enfoque sino que se "prescribe" o determina la técnica idónea para cada caso en particular; por último mencionaremos a Arnold Lazarus (1973), quien afirma que "la máxima eficacia terapéutica puede lograrse cuando el terapeuta maneja las siete modalidades que afectan a un paciente: conducta, afecto, sensación, imaginación, cognición, socialización y aspecto somático o médico". 44

6.2. CONCEPTO.

Ludoterapia es una palabra compuesta que significa terapia de juego, sin embargo, no es tan simple porque deberemos saber que es el juego y esto resulta un poco más complicado "ya que ninguno de los estudiosos sobre este tema han definido el concepto con exactitud. En general se piensa que el juego es la antítesis del trabajo, que es divertido y que está

43. SHAEFER, C. y O'CONNOR, K. Manual de Terapia de Juego. Manual Moderno. México 1988. p. 7.

44. Ibid p. 2.

libre de 'compulsiones de la conciencia y de impulsos de irracionalidad'. Casi en todos los conceptos aparecen elementos típicos como: el juego es placentero (Beach, 1945; Czinkszentmihalyi, 1976; Dohlinow y Bishop, 1970; PLant, 1979; Weisler y McCall, 1976). Es intrínsecamente completo; no depende de recompensas externas o de otras personas (Czinkszentmihalyi, 1976; Plant, 1979). Es motivado intrínsecamente (Hunt, 1970; Weisler y McCall, 1976). El juego no es instrumental, no tiene metas, ni en forma intrapersonal, ni interpersonal, no tiene propósito ni orientación de tareas (Berlyne, 1960; Betleheim, 1972; Galdberg y Lewis, 1969; Huizinga, 1950; Hutt, 1970, Plant, 1979; Weisler y McCall, 1976). La conducta de juego no ocurre en situaciones nuevas o de temor (Beach, 1945; Berlina, 1960; Hutt, 1970; Mason, 1965; Piaget, 1962; Switsky, Haywood e Isett, 1974, Weisler y McCall, 1976)". 45

Sin embargo la definición más utilizada es la de Erickson (1950) que afirma que "el juego es una función del yo, un intento por sincronizar los procesos corporales y sociales en el mismo". 46

Ahora veamos la palabra terapia que de acuerdo al diccionario Oxford "es una rama de la Medicina que tiene que ver con el tratamiento de las enfermedades y la acción de los agentes terapéuticos en la enfermedad o en la salud". 47

45. Ibid. pp. 2-3.

46. Ibid. p. 2.

47 Revista de Musicoterapia, tomo IV. X Aniversario. Argentina 1976.

Entonces, entenderemos por Ludoterapia, la acción de ejercer una terapéutica con el fin de sincronizar y adaptar los procesos corporales y sociales en el individuo.

6.3. APLICACION.

Para abordar una terapia de juego deberemos de poseer las condiciones idóneas para su desarrollo en especial en espacio y materiales.

6.3.1. Escenarios.

Existen infinidad de posibilidades para escoger el lugar, ya que se pueden utilizar diferentes instalaciones, sin embargo deben de poseer algunos requisitos; como el control de las interrupciones que es uno de los más importantes.

Fundamentalmente se utilizan cuartos de juego que consisten en un espacio en el que se colocan varias posibilidades de juego, las paredes deben ser de un tono claro, de preferencia tapizadas, poseer un espacio para un cajón de arena y un recipiente grande con agua; una mesa, dos sillas, un caballete y un cajón de juguetes.

Entre otros escenarios que se pueden utilizar se encuentran gimnasios, salones de arte, así como, también la propia casa del paciente si lo tomando en cuenta el control de interrupciones.

6.3.2. Materiales.

En cada sesión o serie de sesiones deben planearse los materiales, estos no deben ser costosos, fácilmente reemplazables, relativamente

indestructibles y suficientemente seguros (por sí son usados como "arma")
y deberán ser los siguientes:

- a. Arena.
- b. Agua.
- c. Hojas blancas (diversos tamaños).
- d. Pinturas (agua, crayones, lápices de colores, plumones).
- e. Casa de muñecas amueblada.
- f. Familia de muñecos.
- g. Biberones.
- h. Soldados.
- i. Animales diversos.
- j. Pistolas.
- k. Espadas.
- l. Teléfonos.
- ll. Disfraces.
- m. Títeres.
- n. Vehículos (autos, camiones, grúas).
- ñ. Palas y cubeta para arena.
- o. Recipientes (diversos tamaños con y sin tapa).
- p. Jeep grande del ejército.
- q. Bloques de construcción.
- r. Rompecabezas (dos sencillos).
- s. Galletas (alguna comida para ingerir).
- t. Jugo (algún líquido para beber).
- u. Pelota.
- v. Perfume.

- w. Jabón y toalla.
- x. Cuentas y cuerda.
- y. Barro.
- z. Los que necesite en particular cada niño.

6.3.3. Sesión de Terapia de Juego.

En este punto es necesario decir que trabajaremos con el enfoque de Terapia de Juego Familiar, la cual es una técnica ecléctica en la cual se combinan los elementos de las ludoterapias individuales y de grupo, así como, métodos de educación para adultos en situaciones preplaneadas de juego, con padre (s) y niño (s) en la que paulatinamente se pueden incluir a todos los miembros de la familia, esta técnica es a corto plazo (ocho o diez sesiones) y en el que los padres "aprenden habilidades paternales más efectivas y estilos de interacción en un ambiente que, no sólo facilita su receptividad hacia esta información sino que también suministra un medio agradable a sus hijos. Esta técnica permite al terapeuta ser un modelo a seguir por aquellos padres que se expusieron previamente a modelos deficientes, además de proporcionar un ambiente controlado y no amenazador en el que puedan experimentar agradablemente el cambio". 48

El procedimiento para llevar a cabo una sesión (es) de terapia de juego familiar es el siguiente:

48. Ibid. p. 61.

a. Entrevista Familiar Inicial.-En esta entrevista inicial es imprescindible que acudan ambos padres y en una posterior el resto de la familia.

b. Selección de Objetivos.-Se eligen por sesión y sólo serán uno o dos que sean factibles de alcanzar en el período planeado. El terapeuta decidirá a qué miembros de la familia debe incluir de acuerdo a los objetivos.

c. Planeación de Actividades.-Con frecuencia se pierde a padres e hijos qué juegos desean o les gusta jugar juntos. Si esto no es posible se inicia con el juego libre que puede intentar toda la familia y el terapeuta. Si se eligen juegos deberán ser lo más parecidos a la forma de juego de la familia. Esta planeación deberá estar de acuerdo con la magnitud de coordinación del cuerpo y movimiento de los miembros de la familia para entrar en los diversos juegos.

d. Aceptación de Contratos.-La familia aprueba los contratos esto es, la secuencia de objetivos y actividades a realizar además de un contrato inicial y fundamental y es que toda la familia "juegue".

Este tipo de terapia se desarrolla de la manera siguiente:

Generalmente tiene tres etapas principales. La primera abarca las sesiones uno y dos en las que el terapeuta introduce y dirige las actividades, en esta etapa además observa y evalúa los patrones de conducta individuales y familiares y de esta manera se ocupa de dar apoyo en el dí

fcil inicio de la terapia. La segunda etapa se conforma de tres a cinco sesiones en las que el terapeuta participa modelando nuevos patrones de con ducta y habilidades, auxiliando a los padres en sus primeros intentos de "probar" nuevos patrones de relación y una tercera etapa con tres sesiones en las que se alienta a padres y/o hijos a iniciar en forma independiente sus nuevas habilidades, en ésta el terapeuta sólo permanece como apoyo retroalimentador, además de afirmar los cambios que se vayan sucediendo.

CAPITULO VII

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPITULO VII

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En base a lo mencionado en capítulos anteriores, en la familia surge un desequilibrio cuando en ella nace una persona deficiente mental, ya que este tipo de alteración no es esperada por ninguna pareja. Ahora bien, cada miembro de la familia vive el proceso de no-aceptación de muy diversas formas, la madre lo vive como una condición "metafísica"; esto es, como un "castigo de Dios", pero, "debe" atender a su hijo por más rechazo y en algunas ocasiones hasta repulsión sienta por él. El padre generalmente abandona, ya que lo vive, como un golpe a su ego, ocupándose todo el día en un sin fin de actividades que le impidan entrar en contacto con el problema y físicamente, con la salida del padre en forma definitiva del hogar.

Los hermanos que viven un difícil proceso ambivalente de rechazo y aceptación, lo aman porque es su hermano y lo odian porque les ha quitado a sus padres, además de que en ellos recae el gran peso de la herencia y el abandono físico o afectivo de los padres.

Ya que aunado al problema de disminución o ausencia de inteligencia en el deficiente mental, se encuentra la falta de aceptación familiar y social, la familia se aparta del resto de la sociedad y ésta por su parte los segrega; este hecho hace necesario que la familia busque una autoaceptación y se conciba en sus condiciones reales, así como la búsqueda de un nuevo grupo social, éste es el momento propicio para que cualquier proyecto de ayuda encuentre terreno fértil.

En este trabajo se proponen como alternativas a la musicoterapia

pía y a la ludoterapia, cada una con funciones y apoyos diferentes a la familia.

La ludoterapia apoyará el acercamiento de la familia en grupo, a su problema de la no-aceptación del deficiente mental en el núcleo familiar y por su parte la musicoterapia proporcionará las condiciones para el trabajo familiar, el trabajo del deficiente mental con iguales y el apoyo con otras familias que entre sus miembros cuentan con uno o más hijos con este problema.

Por lo cual se pretende presentar, en este trabajo, un programa que proporcione a las familias que tienen hijos deficientes mentales, una oportunidad de convivencia en el núcleo familiar y en grupos sociales, donde se sientan comprendidos y comprometidos con su hijo, su familia, su pareja y con otras familias en las mismas condiciones que ellos; para su parer en la medida de lo posible el desequilibrio familiar que se presenta desde el nacimiento, hasta después de la muerte de un hijo deficiente mental.

CAPITULO VIII
PROGRAMA INTEGRADO DE MUSICOTERAPIA
Y LUDOTERAPIA PARA PADRES DE
DEFICIENTES MENTALES

**PROGRAMA DE INTEGRACION AFECTIVO FAMILIAR
PARA EL DEFICIENTE MENTAL MEDIANTE LA MUSICOTERAPIA Y
LUDOTERAPIA**

Indudablemente una de las intenciones fundamentales de este programa es dar una alternativa a las familias con miembros deficientes mentales, para "resanar" los vínculos emocionales, reestablecer la armonía en las relaciones interpersonales y propiciar la integración familiar entre todos sus miembros.

OBJETIVO

Apoyar la aceptación e integración del deficiente mental dentro del núcleo familiar y su comunidad.

DESCRIPCION

Este programa se compone a su vez de dos programas interrelacionados; el primero es de ludoterapia y el segundo de musicoterapia. *

El programa completo tiene una duración de 40 sesiones en un tiempo aproximado de ocho meses.

* Este orden no obedece a importancia sino a secuencia.

METODOLOGIA

La familia con deficientes mentales entre sus miembros, que participen, deben comprometerse al programa completo, el primer paso será una entrevista a los padres y resolución de fichas de datos para ambos programas.

Se iniciará con el programa de ludoterapia, al término de las diez sesiones que lo componen, comenzará el programa de musicoterapia.

Si se requieren sesiones complementarias o un nuevo programa de ludoterapia se organizarán de acuerdo a la familia, pero no modificarán el plan general propuesto en este trabajo.

Es importante manifestar que dentro del programa habrá flexibilidad de acuerdo al individuo de deficiente mental y su familia.

EVALUACION

El producto que se pretende obtener es la incorporación del deficiente mental a las actividades de la familia, así como que la familia considere a este hijo (s) no sólo especial sino como un miembro que posee obligaciones y derechos dentro del hogar; además de que en la medida en que sea aceptado en su núcleo familiar, la sociedad aceptará la participación del deficiente en sus actividades sociales y comunitarias sin segregarlo.

8.1. PROGRAMA DE LUDOTERAPIA

Este programa está dirigido a familias que dentro de sus miembros posean uno o más deficientes mentales, no importando la edad, ni grado de deficiencia mental de los mismos. Es necesario aclarar que deberá participar toda la familia que rodee al deficiente mental.

OBJETIVO

Desarrollar actividades paternales más efectivas y una aceptación dentro de la familia del hijo deficiente mental.

DESCRIPCION

El programa de Ludoterapia se compone de 10 sesiones y tiene una duración aproximada de 2 meses. Las cuatro primeras sesiones son para detectar los patrones de juego y de relación de los miembros de la familia; en las cinco sesiones siguientes se provee a la familia de formas de juego, para el manejo de la competitividad, de la agresión entre otros y una última sesión de juego libre, propiciando el ensayo de nuevos patrones paternales de relación con el hijo deficiente mental y los hermanos.

METODOLOGIA

Se trabajará en siete sesiones de 45 minutos y tres de 60 minutos.

Las cuatro primeras sesiones y la última se desarrollarán con la actividad de juego libre y las cinco restantes se propondrán formas de juego específicas, una por sesión.

Ocho sesiones se realizarán en el gabinete de terapia de juego, una en espacio abierto (parque, jardín) y una más en la casa de la familia.

Es importante señalar que al final de cada sesión se tienen sesiones complementarias, de 20 minutos, para encuadrar o hacer ajustes en el trabajo de padres y hermanos con respecto al deficiente mental, para ir desarrollando las sugerencias en las sesiones posteriores.

EVALUACION

Será trabajada en el Capítulo IX.

El producto esperado es que la familia establezca relaciones más afectivas y maneje las situaciones de conflicto de manera más positiva, así como practique alternativas de relación e integración familiar que en el devenir cotidiano no hubiese intentado.

PROGRAMA DE LUDOTERAPIA

PROGRAMA DE LUDOTERAPIA

SESION 1

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	ESCENARIO	MATERIALES
45'	Hijo Deficiente Mental.	Obtener los patrones de juego del Deficiente Mental.	Jugar libremente.	Gabinete de Terapia de Juego.	<ul style="list-style-type: none"> -Arena. -Agua. -Casa de muñecas amueblada. -Familia de muñecos. -Biberones. -Animales. -Pistolas. -Teléfonos. -Vehículos. -Palas y cubeta. -Recipientes de diversos tamaños. -Bloques de construcción -Pelota. -Perfume. -Toalla. -Jabón. -Cuentas y cuerda. -Barro.

PROGRAMA DE LUDOTERAPIA

SESION 2

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	ESCENARIO	MATERIALES
45'	Padre y Madre del Deficiente Mental.	<ul style="list-style-type: none"> -Obtener los patrones de juego de los padres. -Determinar los tipos de relaciones que se establecen entre los padres durante el juego. 	Jugar libremente.	Gabinete de terapia de juego.	<ul style="list-style-type: none"> -Arena. -Agua. -Casa de muñecas amueblada. -Familia de muñecos. -Biberones. -Animales. -Pistolas. -Teléfonos. -Vehículos. -Palas y cubetas. -Recipientes de diverso tamaño. -Bloques de construcción -Pelota. -Perfume. -Toalla. -Jabón. -Cuentas y cuerda. -Barro.

PROGRAMA DE LUDOTERAPIA

SESION 3

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	ESCENARIO	MATERIALES
45'	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre.	-Analizar los patrones de relación entre padres e hijo de ficiente mental en el juego.	-Jugar libremente.	Gabinete de terapia de juego.	-Arena. -Agua. -Casa de muñecas amueblada. -Familia de muñecos. -Biberones. -Animales. -Pistolas. -Teléfonos. -Vehículos. -Palas y cubeta. -Recipientes de diverso tamaño. -Bloques de construcción -Pelota. -Perfumes. -Toalla. -Jabón. -Cuentas y cuerda. -Barro.

PROGRAMA DE LUDOTERAPIA

SESION 4

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	ESCENARIO	MATERIALES
45'	-Hijo deficiente mental. -Hermanos.	Obtener los patrones de relación entre los hermanos y el deficiente mental en el juego.	Jugar libremente.	Gabinete de terapia de juego.	-Arena. -Agua. -Casa de muñecas amueblada. -Familia de muñecos. -Biberones. -Animales. -Pistolas. -Teléfonos. -Vehículos. -Palas y cubeta. -Recipientes de diverso tamaño. -Bloques de construcción. -Pelota. -Perfume. -Toalla. -Jabón. -Cuentas y cuerda. -Barro.

PROGRAMA DE LUDOTERAPIA

SESION 5

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	ESCENARIO	MATERIALES
45'	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Desarrollar el juego de "la casita" dentro del hogar.	-Juego de "la casita". -Reparto de roles. -Organización de las actividades en casa. -Distribución de las actividades del hogar. -Desarrollo de los roles y las actividades que les corresponden.	Espacio en donde se reúna la familia con más frecuencia dentro de la casa y otros espacios necesarios de la casa.	-Muñecos. -Muebles de la casa. -Ropa de los diferentes miembros de la familia. -Alimentos. -Agua para beber.

PROGRAMA DE LUDOTERAPIA

SESION 6

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	ESCENARIO	MATERIALES
45'	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	-Manejar su agresión en el desarrollo de juegos de guerra.	Jugar a la Guerra. -Reparto de roles (organización de "bandos"). -Organización de la guerra. -Distribución de las posiciones de guerra. -Desarrollo de la guerra. -Determinación del final de la guerra.	Cabinete de terapia de juego.	-Pistolas. -Rifles. -Soldados. -Tanques pequeños. -Jeep grande del ejército -Caballos. -Aviones. -Helicópteros -Cajas grandes de cartón. -Cascos. -Espadas.

PROGRAMA DE LUDOTERAPIA

SESION 7

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	ESCENARIO	MATERIALES
45'	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Desarrollar roles asignados en juegos de competencia.	Jugar en Competencia. -Selección de un juego de competencia. °Futbol. °Beisbol. °Basquetbol. °Voleibol. -Reparto de roles. °Jugadores. °Jueces. -Organización del juego de competencia seleccionado. -Desarrollo de los roles y el juego seleccionado.	Parque o área al aire libre.	-Pelotas de °Futbol. °Voleibol. °Basquetbol. °Beisbol. -Pelota y palos de golf.

PROGRAMA DE LUDOTERAPIA

SESION 2

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	ESCENARIO	MATERIALES
60'	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Organizar una actividad artística de dependencia grupal.	Jugar a "Pintar Murales". -Selección del tema del mural. -Selección de las pinturas y materiales para el mural. -Distribución de las secciones del mural. -Desarrollo del mural. -Presentación de obra terminada.	Gabinete de terapia de juego.	-Papel bond por metro. -Pinturas de agua. -Crayolas. -Plumones. -Lápiz de colores. -Retazo de tela. -Retazos de estambre. -Pegamento. -Cinta adhesiva.

PROGRAMA DE LUDOTERAPIA

SESION 9

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	ESCENARIO	MATERIALES
60'	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Imitar las actitudes y formación de relación de los miembros de su familia.	Jugar a imitar. -Organización del juego. -Determinación del orden de aparición de cada uno de los miembros de la familia. -Selección del miembro de la familia que desean imitar. -Evaluación de la imitación por el resto de la familia.	Gabinete de terapia de juego.	-Ropa y zapatos de cada uno de los miembros de la familia.

PROGRAMA DE LUDOTERAPIA

SESION 10

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	ESCENARIO	MATERIALES
60'	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Jugar con los miembros de su familia.	Jugar libremente.	Gabinete de terapia de juegos.	-Arena. -Agua. -Hojas blancas. -Pinturas. -Casa de muñecas amueblada. -Familia de muñecos. -Biberones. -Soldados. -Animales. -Pistolas. -Espadas. -Teléfonos. -Disfraces. -Titeres. -Vehículos. -Palas y cubeta. -Recipientes diversos. -Jeep grande del ejército. -Bloques de construcción.

**PROGRAMA
DE
MUSICOTERAPIA**

8.2. PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

Este programa se encuentra dirigido a familias que dentro de sus miembros posean uno o más deficientes mentales, no importando la edad ni grado de deficiencia mental de los mismos. Es necesario aclarar que deberá asistir toda la familia que rodee al deficiente mental.

OBJETIVO:

Desarrollar habilidades de relación y comunicación dentro del núcleo familiar y social de un deficiente mental.

DESCRIPCIÓN:

El programa de Musicoterapia se compone de 30 sesiones iniciales y tiene una duración aproximada de 6 meses. Las ocho primeras sesiones son de diagnóstico de los patrones de reacción y relación del deficiente mental y su familia, y veintidos sesiones dedicadas al desarrollo de habilidades de colaboración o trabajo compartido, de habilidades de contacto físico y no-verbal, así como la parte fundamental, abrir canales de comunicación entre los miembros de la familia y otras familias.

Es importante recalcar que aunadas a las habilidades anteriormente descritas, se pueden desarrollar habilidades motoras, discriminación de sonidos, destreza en algún instrumento y otros;

sin embargo, estos no son objetivos del presente programa y son aprendizajes colaterales.

METODOLOGIA:

Se trabajará en sesiones de 30 minutos, en las que tendremos una actividad de apertura o catarsis, actividades de respuesta directa y, por último, actividades de diálogo sonoro (especificados - en el capítulo V).

Las primeras ocho sesiones mencionadas están dedicadas al diagnóstico de los repertorios de reacciones y relaciones de la familia; a partir de la novena, se dedican cuatro sesiones al deficiente mental, tres sesiones al padre e hijo deficiente mental, tres sesiones para la madre e hijo deficiente mental y por último 3 sesiones para los hermanos y el hijo deficiente mental (*), las cuales nos permiten ir desarrollando habilidades de relación y comunicación con cada uno de los miembros de la familia. En las siguientes cuatro sesiones podemos integrar la familia e ir unificando sus patrones de relación y aceptación, así como que ellos descubran nuevas formas de comunicarse.

Posteriormente tendremos dos sesiones en las que integraremos cinco niños deficientes mentales que se encuentren en el mismo programa, permitiendo la relación con iguales. Y por último reuniremos, en tres sesiones, a las familias de este grupo de cinco deficientes mentales, integrándolos en una pequeña comunidad.

(*) Cabe aclarar que si no existe uno de los miembros de la familia y/o no se tiene un sustituto, se suspenderán las sesiones correspondientes.

EVALUACION:

Se trabajará en el capítulo 9.

El producto esperado en este programa es que la familia acepte y disfrute del trabajo en compañía y colaboración del deficiente mental, habrá canales de comunicación con él, a través de la música, que es un elemento que acompaña la vida cotidiana de los seres humanos. Se reúne la familia con otras familias que comparten las mismas condiciones de vida, aprendiendo a compartir sin vergüenza su vida familiar, sus logros, tropiezos y a su hijo deficiente mental.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 1

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	Hijo deficiente mental.	Determinar los sonidos-reactivos en el deficiente mental.	-Escuchará la secuencia de sonidos siguiente: 5 minutos música electrónica. 5 minutos de Antonio Vivaldi. 5 minutos música popular. -Escuchará la secuencia de sonidos siguiente: 5 minutos sonidos guturales. 5 minutos música de J.S. Bach. 5 minutos sonidos guturales.	- Grabadora. - Tocadiscos. - Discos o cassette de: ° Sonidos. ° Antonio Vivaldi. ° J. Sebastián Bach.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 2

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	Hijo deficiente mental.	Determinar los sonidos reactivos con el deficiente mental.	Escuchará los siguientes sonidos: * - Gritos. - Voz. - Canto. - Inspiración-expiración. - Látido del corazón. - Música. - Tos, estornudos. - Analizará los sonidos anteriores.	- Grabadora. - Cassette con los sonidos señalados.

* Esta es una sugerencia de sonidos; se deberá tomar en cuenta la ficha de información para su planeación.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 3

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	Hijo deficiente mental.	Determinar los sonidos-reactivos en el deficiente mental.	Escuchará los siguientes sonidos ambientales: - Trino de pájaro. - Ruido de automóviles. - Mar. - Viento. - Onomatopeyas de animales. - Puerta al cerrarse. - Imitará los sonidos escuchados.	- Grabadora. - Cassette con los sonidos escuchados.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 4

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	Hijo deficiente mental.	Determinar los sonidos reactivos en el deficiente mental.	<p>Escuchará los sonidos de los siguientes aparatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tocabiscos. - Grabadora. - Radio. - Televisión. - Ecualizador. - Despertador. - Algunos aparatos de cocina: licuadora, batidora, tostador. <p>Manipulará los aparatos que desee para obtener su sonido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grabadora. - Tocabiscos. - Radio. - Televisión. - Ecualizador. - Aparatos eléctricos: <ul style="list-style-type: none"> o Licuadora. o Batidora. o Tostador.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 5

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Padre.	Determinar los sonidos-reativos entre el deficiente mental y su padre.	Escucharán los siguientes sonidos: - Sonidos guturales. - Música electrónica. - Gritos. - Voz. - Canto. - Inspiración-expiración. - Latidos del corazón. - Tos. - Estornudos. - Onomatopeyas de animales. - Mar. - Viento. - Ruido de automóviles. Analizaremos sonidos anteriores.	Grabadora. Cassette de los sonidos señalados.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 6

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Madre.	Determinar los sonidos reactivos entre el deficiente mental y su madre.	Escucharán los siguientes sonidos: - Sonidos guturales. - Música electrónica. - Gritos. - Voz. - Canto. - Inspiración-expiración. - Latido del corazón. - Tos. - Estornudos. - Onomatopeyas de animales. - Mar. - Viento. - Ruido de automóviles. Analizarán los sonidos anteriores.	- Grabadora. - Cassette de los sonidos señalados.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 7

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Hermanos.	Determinar los sonidos reactivos entre el deficiente mental y sus hermanos.	Escucharán los siguientes sonidos: - Sonidos guturales. - Música electrónica. - Gritos. - Voz. - Canto. - Inspiración-expiración. - Latido del corazón. - Tos. - Estornudos. - Onomatopeya de animales. - Mar. - Viento. - Ruido de automóviles. Analizarán los sonidos anteriores.	- Grabadora. - Cassette de los sonidos señalados.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 8

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Determinar la capacidad de contacto físico y no verbal entre los miembros de la familia.	-Escucharán una selección de música realizando actividades y actitudes libres.	-Grabadora. -Tocadiscos.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 9

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	Hijo deficiente mental.	Desarrollar contactos físicos y no verbales con el terapeuta.	<ul style="list-style-type: none"> -Hojeará o leerá cuentos con música. -Recorrerá el salón con música. -Realizará percusiones con el cuerpo mediante música. -Palmadas. -Chasquidos. -Golpes con los pies. -Palmadas en la cabeza. -Palmadas en las mejillas. -Movimiento de palmadas con los pies. -Realizará percusiones (el deficiente mental) en el cuerpo del terapeuta y viceversa, con música. -Palmadas. -Palmadas en los muslos. -Palmadas en las mejillas. -Palmadas en la cabeza. -Movimiento de palmadas con los pies. 	<ul style="list-style-type: none"> -Grabadora. -Tocadiscos. -Música diversa: rápida y lenta.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 9

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
			-Realizará percusiones con su cuerpo en forma libre.	

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 10

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental.	Desarrollar habilidades no-verbales y verbales en expresión de sentimientos.	<p>-Escuchará música eligiendo una posición corporal.</p> <p>-Escuchará mensajes de la vida cotidiana de su familia (risas, gritos, llantos, su nombre dicho por los diferentes miembros de la familia, frases de disgusto, frases alegres, entre otras).</p> <p>-Conversará (*) con el terapeuta - acerca de estas sensaciones y sentimientos.</p> <p>(*) Si puede hablar, si no, con reacciones no verbales.</p>	<p>-Grabadora.</p> <p>-Tocadiscos.</p> <p>-Música diversa.</p> <p>-Grabación con los mensajes de la vida cotidiana.</p> <p>-Colchonetas.</p>

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION II

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	Hijo deficiente mental.	Abrir canales de comunicación con el terapeuta.	<ul style="list-style-type: none"> -Escuchará música, tarareando la melodía. -Seleccionará canciones populares de su gusto. -Discutirá sobre el "estado de ánimo" de cada canción. -Bailará (*) con las canciones populares de su gusto. <p>* Si puede moverse, si no en el lugar donde se le pueda ubicar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Tocadiscos. -Radio.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 12

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	Hijo deficiente mental.	Abrir canales de comunicación con el terapeuta.	<ul style="list-style-type: none"> -Escuchará música en la posición corporal que él desee, moviéndose al compás de las melodías. -Elegirá los instrumentos que llamen su atención. -Producirá sonidos con los instrumentos elegidos libremente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Grabadora. -Tocadiscos. -Música diversa. -Instrumentos musicales. +Bongóes. +Timbaletas. +Membranófonos. +Pandero. +Campanillas. +Triángulo. +Flauta. +Guitarra. +Armónica. +Crótales. +Castañuelas. +Platillos. +Tecomates. +Güiro. +Marcas. +Tambores. -Colchonetas.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 13.

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Padre.	Desarrollar actividades compartidas entre el deficiente mental y su padre.	-Escucharán melodías en la posición corporal que elijan. -Emitirán palabras cotidianas, de preferencia cariñosas entre ellos. -Realizarán ejercicios para sentir la voz. -Realizarán el eco de trozos de melodías.	-Tocadiscos. -Grabadora. -Música diversa. -Colchonetas.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 14

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Padre.	Desarrollar contactos físicos y no-verbales con su padre.	-Realizarán un balanceo unidos de las manos con una canción de cuna. -Se mirarán a la cara durante 3 minutos, escuchando música en silencio. -Realizarán percusiones con su cuerpo con música. +Palmadas. +Chasquidos. +Golpes con los pies. +Palmadas en la cabeza. +Palmadas en las mejillas. +Movimientos de palmadas con los pies. -Realizará percusiones (El deficiente mental) en el cuerpo de su padre y viceversa. +Palmadas. +Palmadas en los muslos. +Palmadas en las mejillas. +Palmadas en la cabeza. +Movimientos de palmadas con los pies. -Realizarán percusiones con su cuerpo libremente con música.	-Grabadora. -Tocadiscos. -Música diversa, rápida y lenta. -Canción de cuna.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 15

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Padre.	Abrir canales de comunicación entre el deficiente mental y su padre.	-Escucharán música en la oscuridad, entrelazados de las manos (5 minutos). -Proyectarán sus sombras en una pared blanca haciendo movimientos libres con música. -Elegirán los instrumentos que llamen su atención. -Producirán sonidos con los instrumentos elegidos libremente.	-Grabadora. -Tocadiscos. -Música diversa. -Reflector. -Instrumentos musicales. +Bongós. +Timbaletas. +Membranófonos. +Pandero. +Campanillas. +Triángulo. +Flauta. +Guitarra. +Armónica. +Crótalos. +Castañuelas. +Platillos. +Tecomates. +Güiro. +Maracas. +Tambores.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 16

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Madre.	Desarrollar actividades compartidas entre el deficiente mental y su madre.	-Escucharán melodías en la posición corporal que elijan. -Emitirán palabras cotidianas, de preferencia cariñosas entre ellos. -Cantarán rimas sencillas con varias intensidades de voz. -Realizarán el eco de trozos de melodías.	-Tocadiscos. -Grabadora. -Música diversa. -Colchonetas. -Letras de las rimas.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 17

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Madre.	Desarrollar <u>contac</u> tos físicos y no-verbales con su <u>ma</u> dre.	-Realizarán balanceo, unidos de las manos, con una canción de cuna. -Se mirarán a la cara durante 3 minutos, escuchando <u>música</u> en silencio. -Realizarán <u>percusiones</u> con su <u>cuerpo</u> , con <u>música</u> : +Palmadas. +Chasquidos. +Golpecillos con los pies. +Palmadas en los muslos. +Palmadas en la cabeza. +Movimientos de palmadas con los pies. -Realizará <u>percusiones</u> (el <u>deficien</u> te mental) en el cuerpo de su <u>ma</u> dre y viceversa. +Palmadas. +Palmadas en los muslos. +Palmadas en las mejillas. +Palmadas en la cabeza. +Movimientos de palmadas con los pies. -Realizarán <u>percusiones</u> con su <u>cuerpo</u> libremente, con <u>música</u> .	-Grabadora. -Tocadiscos. -Música diversa, rápida y lenta. -Canción de cuna.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 18

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Madre.	Abrir canales de comunicación entre el deficiente mental y su madre.	-Escucharán cinco minutos, música en la oscuridad, entrelazados de las manos. -Proyectarán sus sombras en una pared blanca haciendo movimientos libres con música. -Elegirán los instrumentos que llamen su atención. -Producirán sonidos con los instrumentos elegidos libremente.	-Grabadora. -Tocadiscos. -Música diversa. -Reflector. -Instrumentos musicales. +Bongóes. +Timbaletas. +Membranófonos. +Pandero. +Campanillas. +Triángulo. +Flauta. +Guitarra. +Armónica. +Crótalos. +Castañuelas. +Platillos. +Tecomates. +Güiro. +Maracas. +Tambores.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 19

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Hermanos.	Desarrollar actividades compartidas entre el deficiente mental y sus hermanos.	-Escucharán melodías en la posición corporal que elijan. -Emitirán palabras cotidianas, de preferencia cariñosas entre ellos. -Realizarán el eco de varios sonidos onomatopéyicos, todos al unísono.	-Tocadiscos. -Grabadora. -Música diversa. -Colchonetas. -Cassette grabado de sonidos onomatopéyicos.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 20

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Hermanos.	Desarrollar contactos físicos y no-verbales bales con sus hermanos.	-Realizarán balanceo, unidos de las manos, con una canción de cuna. -Se mirarán a la cara durante tres minutos, en silencio, escuchando <u>música</u> . -Realizarán percusiones con su cuerpo, con música. +Palmadas. +Chasquidos. +Golpecitos con los pies. +Palmadas en los muslos. +Palmadas en la cabeza. +Palmadas en las mejillas. +Movimientos de palmadas con los pies. -Realizará percusiones (el deficiente mental) en el cuerpo de sus <u>hermanos</u> y viceversa, con música. +Palmadas. +Palmadas en los muslos. +Palmadas en la cabeza. +Movimientos de palmadas y con los pies. -Realizará percusiones corporales <u>libremente</u> con música.	-Grabadora. -Tocadiscos. -Música diversa, rápida y lenta. -Canción de cuna.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 21

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Hermanos.	Abrir canales de comunicación entre el deficiente mental y sus hermanos.	-Escucharán cinco minutos música en la oscuridad, entrelazados de las manos. -Proyectarán sus sombras en una pared blanca, haciendo movimientos libres con música. -Elegirán los instrumentos que llamen su atención. -Producirán sonidos con los instrumentos elegidos libremente.	-Grabadora. -Tocadiscos. -Música diversa. -Reflector. -Instrumentos musicales. +Bongóes. +Timbaletas. +Membranófonos. +Pandero. +Campanillas. +Triángulo. +Flauta. +Guitarra. +Armónica. +Crótales. +Castañuelas. +Platillos. +Tecomates. +Güiro. +Maracas. +Tambores.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 22

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Desarrollar actividades compartidas entre el deficiente mental y su familia.	-Escucharán música en la posición corporal que deseen siempre y cuando estén en contacto con otra persona. -Realizarán percusiones en su cuerpo libremente. -Imitará percusiones corporales que cada miembro de la familia proponga. -Dibujarán lo que las melodías que escuchan les inspire en un papel colectivo.	-Grabadora. -Tocadiscos. -Música diversa. -Papel bond por metro -Pinturas.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 23

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Desarrollar contactos físicos y no verbales interfamiliares.	-Realizarán balanceo unidos en un abrazo con una canción de cuna. -Llevarán a cabo expresión corporal con música individualmente. -Realizarán expresión corporal colectivamente haciendo movimientos en donde se toquen corporalmente.	-Grabadora. -Tocadiscos. -Música diversa, rápida y lenta. -Canción de cuna. -Colchonetas. -Aros. -Cintas.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 24

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Abrir canales de comunicación entre los miembros de la familia.	-Se mirarán a la cara durante 3 minutos en silencio y escuchando música. -Cantarán juntos la canción elegida. -Aprenderán una canción "nueva". -Cantarán la canción aprendida.	-Grabadora. -Tocadiscos. -Música diversa. -Guión de la canción "nueva".

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 25

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Abrir canales de comunicación entre los miembros de la familia.	-Escucharán cinco minutos música en la oscuridad, entrelazados de las manos. -Elegirán instrumentos para formar una orquesta. -Tocarán una melodía mexicana siguiendo la música grabada. -Tocarán libremente los instrumentos pero en orquesta.	-Grabadora. -Tocadiscos. -Disco o cassette de la pieza mexicana "La Negra". -Instrumentos musicales +Bongós. +Timbaletas. +Membranófonos. +Pandero. +Campanillas. +Triángulo. +Flauta. +Guitarra. +Armónica. +Crótalos. +Castañuelas. +Platillos. +Tecomates. +Güiro. +Maracas. +Tambores.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 26

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Grupo de 4 deficientes mentales.	Desarrollar actividades compartidas entre un grupo de deficientes mentales.	-Escucharán música sentados en círculo en silencio. -Realizarán percusión corporal en forma libre con música. -Imitarán percusiones y movimientos corporales que proponga cada miembro del grupo.	-Grabadora. -Tocadiscos. -Música diversa.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 27

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	-Hijo deficiente mental. -Grupo de 4 deficientes mentales.	Desarrollar habilidades de relación e integración social.	-Escucharán música en la posición corporal que deseen. -Cantarán una canción a modo de grupo coral. -Seleccionarán instrumentos. -Producirán sonidos libremente con los instrumentos elegidos. -Organizarán una orquesta para tocar una pieza mexicana.	-Grabadora. -Tocadiscos. -Coilchonetas. -Disco o cassette de la pieza mexicana "Jarabe Tapatio". -Instrumentos musicales. +Bongóes. +Timbaletas. +Platillos. +Piano. +Membranófono. +Pandero. +Campanillas. +Triángulos. +Xilófonos. +Crótalos. +Castañuelas. +Tecomates. +Güiro. +Maracas. +Tambores. +Metalófono. +Armónica. +Flauta dulce. +Guitarra.

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 28

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	<p>-Grupo de 5 hijos deficientes mentales.</p> <p>-Familia (padre, madre y hermanos) de cada deficiente mental.</p>	<p>Desarrollar habilidades de relación e integración social.</p>	<p>-Escucharán música durante cinco minutos en silencio.</p> <p>-Realizarán percusiones corporales por pareja (*).</p> <p>-Llevarán a cabo expresión corporal con música.</p> <p>+Rueda concéntrica.</p> <p>+Caracol.</p> <p>+Cadenas con manos.</p> <p>+Cadenas con brazos.</p> <p>+ "Tren" y túnel.</p> <p>+Cabalgar.</p> <p>+Marcha.</p> <p>+Muñeca rota.</p> <p>+Diversos movimientos corporales en rueda.</p> <p>(*) No deben quedar familiares juntos en una pareja.</p>	<p>-Grabadora.</p> <p>-Tocadiscos.</p> <p>-Música diversa.</p> <p>-Piano.</p>

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 29

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
30'	<p>-Grupo de 5 hijos deficientes mentales.</p> <p>-Familia (padre, madre y hermanos) de cada deficiente mental.</p>	<p>Abrir canales de comunicación y relación social.</p>	<p>-Realizarán un balanceo con una canción de cuna por parejas (*).</p> <p>-Organizarán equipos de cinco personas, no familiares.</p> <p>-Dibujarán en una hoja "colectiva" por equipo de acuerdo a la música que escuchen.</p> <p>-Explicarán sus dibujos a los demás equipos.</p> <p>(* No deben quedar familiares juntos en pareja.</p>	<p>-Grabadora.</p> <p>-Tocadiscos.</p> <p>-Música diversa.</p> <p>-Papel bond por metro.</p> <p>-Pinturas.</p>

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION 30

TIEMPO	PARTICIPANTES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
60'	<ul style="list-style-type: none"> -Grupo de 5 hijos deficientes mentales. -Familia (padre, madre y hermanos) de cada deficiente mental. 	<p>Abrir canales de comunicación social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Escucharán música recostados durante 5 minutos. -Organizarán equipos de 5 personas familiares. -Seleccionarán instrumentos por equipo. -Producirán sonidos libremente. -Tocarán una melodía compuesta por cada equipo, con la participación de cada uno de sus miembros, al resto del grupo. -Escucharán música entrelazados por los brazos, en silencio, durante 5 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Grabadora. -Tocadiscos. -Música diversa. -Colchonetas. -Instrumentos musicales <ul style="list-style-type: none"> +Bongóes. +Timbaletas. +Platillos. +Piano. +Membranófono. +Pandero. +Campanillas. +Triángulos. +Xilófonos. +Crótales. +Castañuelas. +Teconates. +Güiro. +Maracas. +Tambor. +Metalófono. +Armónica. +Flauta dulce. +Guitarra.

CAPITULO IX

EVALUACION DEL PROGRAMA

CAPITULO IX

EVALUACION DEL PROGRAMA

La evaluación de este programa enfrenta un serio problema, ya que deberemos de evaluar, actitudes y habilidades, de orden efectivo sin embargo a continuación planteamos las formas de evaluación que seleccionamos:

Consideramos a la evaluación como un proceso sistemático que nos provee de información sobre el proceso y el contenido del aprendizaje que deseamos obtener.

La evaluación desarrolla diversas funciones, entre ellas se encuentra apoyar los avances, proporcionar información para realizar ajustes, retroalimentar la planeación y el diseño del programa así como proporcionar información sobre el proceso y sus resultados. Por lo tanto a diferentes funciones diferentes tipos de evaluación, es así como hemos decidido usar la clasificación de Evaluación diagnóstica, permanente y final que a continuación se desglosa:

9.1. EVALUACION DIAGNOSTICA. 49

Es la que se realiza antes de iniciar un proceso con objeto de verificar los niveles de preparación de un individuo.

49. También llamada inicial.

La evaluación diagnóstica en este trabajo consistirá en una entrevista semidirigida (anexo 1) con los padres del deficiente mental; así como la resolución de una ficha de información (anexo 2) que contempla datos fundamentales sobre el deficiente mental y su familia necesarios para el programa.

9.2. EVALUACION PERMANENTE. 50

Es la que se realiza durante el desarrollo del proceso para localizar las deficiencias, logros, puntos débiles y errores de manera que se cuente con todos los elementos de juicio para realizar los ajustes convenientes y mejorar o reorientar el proceso.

La evaluación permanente se llevará a cabo de la siguiente manera: se registrarán en una lista de comprobación de conductas (anexos 3A y 3B) emitidas por los padres y hermanos así como del propio deficiente mental, según corresponda en cada sesión de trabajo y se revisarán con los padres al final de cada sesión, para realizar los ajustes y reorientar el trabajo para las siguientes sesiones.

9.3. EVALUACION FINAL. 52

Este tipo de evaluación es la que se realiza al término de un proceso, con el fin de verificar los resultados alcanzados, se enfoca fun

50. Se le denomina también sistemática o formativa.

51. Con conductas queremos decir actitudes, habilidades sociales, respuestas no verbales y todas las registrables en este orden de ideas.

52. También llamada sumativa o sumaria.

damentalmente a los objetivos generales de un proceso de formación como lo es el programa integrado propuesto.

La evaluación final se realizará en la última sesión de los programas de ludoterapia y musicoterapia, en donde se trabaja con la familia completa y se les deja que organicen y efectúen tareas libremente para verificar los avances que se han logrado, ya que ambos programas son susceptibles de continuar y desarrollarse en la misma u otras modalidades que necesite cada familia en particular.

9.4. PRODUCTOS DE EVALUACION.

Para nosotros, los productos de evaluación no serán concretos, si no parte de un proceso que se llevará a cabo no sólo dentro del programa sino también en el hogar.

El proceso de aceptación que cada uno de los miembros de la familia vaya elaborando en forma individual, será de suma importancia para el progreso de los otros miembros y para respuestas más socializadas por parte del deficiente mental.

Cuando la familia logre incluir en sus actividades cotidianas dentro y fuera del hogar al deficiente mental, la sociedad poco a poco se irá acostumbrando a su presencia y a no segregarlo sino a aceptarlo también y a compartir con la vida comunitaria, esta será la mejor evaluación final del programa propuesto.

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

- + La deficiencia mental surge con el hombre y él le ha dado interpretaciones y explicaciones muy diversas, desde mágico-religiosas hasta científicas.
- + La deficiencia mental en México no ha sido legislada en forma especial, a pesar de propuestas concretas que se han presentado al cuerpo legislativo; se le sigue considerando en el rubro general de "in-capacitados" y se le denomina todavía con términos despectivos tales como "idiotas" o "imbécil".
- + La deficiencia mental deberá considerarse como un síndrome con una etiología multifactorial.
- + El principal problema cognoscitivo en la deficiencia mental es la falta de abstracción y generalización.
- + La dificultad para diagnosticar oportunamente una deficiencia mental provoca un problema mayor de adaptación, para el individuo y su familia.
- + Cuanto mayor es la profundidad de la deficiencia mental, menores sus probabilidades de integración a la sociedad y por ende menor aceptación por parte de la familia del problema.
- + En la sociedad mexicana, la deficiencia mental provoca abandonos de uno o ambos padres debido al impacto psicológico que tiene en ellos el problema.

- + La deficiencia mental tiene en la familia no sólo un impacto psicológico, sino también socioeconómico, ya que la manutención, cuidados, educación y salud de un deficiente mental tiene un costo alto.
- + La familia en México se aglutina ante las desgracias, sin embargo, ante la deficiencia mental se evita entrar en contacto con el problema, por mitos, como el contagio y porque el status social desciende al relacionarnos con "tontos".
- + En la familia con miembros deficientes mentales, en forma invariable, se dá un desequilibrio afectivo-emocional generalmente acompañado de una ruptura y una no-aceptación del problema.
- + El problema social que vive fundamentalmente la familia que tiene miembros deficientes mentales, es la segregación.
- + El abandono, reclusión en instituciones o muerte del deficiente mental no resuelve el problema de no-aceptación y en muchas ocasiones se acrecenta con sentimientos de culpabilidad más complejos.
- + El valor que posee la música para establecer contacto con el deficiente mental es alto, ya que en ocasiones la falta de lenguaje en él no permite otras formas de comunicación.
- + La música reduce los estados de exaltación y agresividad que presentan frecuentemente los deficientes mentales.
- + El juego, actividad instintiva en el hombre, proporciona un espacio de comunicación con el deficiente mental.

- + Una melodía o un juego compartido por la familia y el deficiente mental ayudará más a su integración afectiva, que otros procedimientos terapéuticos individuales o grupales.
- + El juego y la música compartidos por la familia proveen espacios de solución y manejo de situaciones conflictivas y cotidianas, de manera más positiva.
- + La comunicación con el deficiente mental, por la falta de lenguaje y actividad motora requiere de una búsqueda de alternativas que le provean espacios de expresión, menos estructurados que el lenguaje oral y escrito.
- + El programa propuesto dependerá del trabajo afectivo de cada miembro de la familia para lograr sus objetivos.
- + La sociedad sólo aceptará a un miembro deficiente mental cuando su familia lo haya aceptado sin reticencias y con amor.
- + Consideramos que elevar la calidad de vida del deficiente mental es la principal meta, ya que no es capaz de abstraer y buscar la solución a su problema, pero, sí lo vive y lo sufre, porque la disminución es cognoscitiva, no afectiva.

ANEXOS

A N E X O I
GUIA DE ENTREVISTA

Esta guía está dirigida al coordinador del programa integrado de musicoterapia y ludoterapia, para realizar una entrevista semidirigida a los padres de la persona deficiente mental.

Se solicitará respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Por qué desean entrar a este programa?
2. ¿Cuáles son las condiciones o estado actual de su hijo deficiente mental?
3. ¿Quiénes van a asistir al programa?
4. ¿Qué esperan de este programa?

Con los objetivos siguientes:

- A. Percibir el concepto que tiene de su hijo deficiente mental.
- B. Apreciar las características de su lenguaje.-claridad o confusión con que se expresa, si hay preferencia por términos ambiguos, imprecisos o equívocos cuando se dirige o refiere a su hijo deficiente mental.
- C. Establecer la coherencia o discrepancia con lo que verbaliza y con lo que demuestra a través de su lenguaje no verbal (vestimenta, gesticulaciones, movimientos corporales entre otros).
- D. Detectar los vínculos que únen a la pareja; a la pareja con el hijo deficiente mental y a la pareja con los hermanos.

E. Estimar la capacidad de los padres para promover, colaborar o por lo menos aceptar las experiencias de cambio de su hijo deficiente mental.

A N E X O I I
FICHA DE INFORMACION

INSTRUCCIONES.-Conteste con toda veracidad a las preguntas que se le solicitan.

Fecha de Elaboración _____

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre del Deficiente Mental _____

Sexo _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____

Centro Escolar donde acude _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Producto a término. Si No Porque _____
_____ Parto _____ Cesárea _____

Peso al Nacer _____

DESARROLLO

Se sienta. Si No Con Ayuda _____ Sólo _____

Se mantiene sentado _____ Tiempo _____

Se sostiene en pie _____ Camina _____

Sube escaleras _____

Reconoce personas. Si No Cuáles _____

Dice monosílabos. Si No Cuáles _____

Su lenguaje es comprensible _____

Conoce el grado de Deficiencia Mental de su hijo _____

DATOS FAMILIARES

PADRE

Nombre _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____ País de Origen _____

Domicilio _____ Estado Civil _____

Ocupación _____ Escolaridad _____

MADRE

Nombre _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____ País de Origen _____

Domicilio _____ Estado Civil _____

Ocupación _____ Escolaridad _____

Número de hijos de la familia _____

Edad	Escolaridad	Ocupación	Deficiente Mental
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Algún otro hijo (s) tiene deficiencia mental? _____

¿Existe algún otro caso de deficiencia mental en la familia paterna? _____

¿Existe algún otro caso de deficiencia mental en la familia materna? _____

¿Cuál fue la reacción de la madre ante la noticia de la deficiencia mental? _____

¿Cuál fue la reacción del Padre ante la noticia de la deficiencia mental?

¿Fue su primer hijo?

¿Desean tener otro hijo (en caso de ser sólo uno)?

Cómo es la relación afectiva entre:

Padres

Padre - Hijo Deficiente Mental

Madre - Hijo Deficiente Mental

Padre - Hermanos

Madre - Hermanos

Deficiente Mental - Hermanos

Relación con la Familia Paterna

Relación con la Familia Materna

¿El Deficiente Mental ha sido causa de problemas familiares?

¿Joca el Deficiente Mental vida social con la familia, fuera del hogar?

LUDOTERAPIA

¿Qué juegos le gustan al Padre?

¿Qué juegos le gustan a la Madre?

¿Qué juegos les gustan a los hermanos?

¿Qué juegos le gustan a la Familia?

¿Qué juegos le gustan al Deficiente Mental?

MUSICOTERAPIA

Historia referente a su Hijo.

¿Qué instrumentos musicales le agradan? _____

¿Qué tipo de música prefiere? _____

¿Cómo reacciona al escuchar música? _____

¿Qué otros tipos de sonidos no musicales le llaman la atención? (tanto de agrado, como de desagrado) _____

Si ustedes le cantan alguna canción, ¿cuál?. Podrían escribir el texto _____

¿Adoptan alguna forma especial para comunicarse con su hijo? ¿pueden explicarla? _____

¿Alguna persona familiar o no tiene alguna forma especial para comunicarse con su hijo deficiente mental? _____

¿Pueden describir el ambiente sonoro de su casa (sonidos rutinarios, audición frecuente musical, ruidos, silencio)? _____

Pasado

¿Qué puede contarnos respecto del ambiente sonoro y musical que rodeó el embarazo y nacimiento de su hijo? _____

¿Recuerdan cuáles pudieron haber sido los primeros sonidos, voces o canciones que su hijo percibió en los primeros días de vida? _____

¿Qué canciones de cuna le cantaban, cómo lo dormían? _____

¿Pueden describir qué tipo de sonidos emitía su hijo? Parecido a _____

¿Existió alguna persona especial en los primeros años? _____

¿Recuerdan sonidos o ruidos que rechazaba o disfrutaba? _____

Historia de los Padres

Pasado

¿De que país (estado) son? _____

¿Tienen alguna afinidad folklórica respecto a ese origen? ¿Cuál? _____

¿Qué preferencias musicales o instrumentos tuvieron? _____

¿Aprendieron música? ¿Cómo fue? _____

Momento Actual

Si hubo modificaciones de sus preferencias musicales e instrumentales,

¿Cuáles son y porqué? _____

¿Qué sonidos o ruidos les agradan y cuáles rechazan? _____

¿Tienen alguna sugerencia o inquietud que pueda ser de utilidad para el programa? _____

ANEXO 3.A

LISTA DE COMPROBACION DE CONDUCTAS *
PROGRAMA DE LUDOTERAPIA

SESION	PARTICIPANTE	CONDUCTAS	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
1	-Hijo deficiente mental.	Con qué jugó. Cuánto tiempo jugó. Desplazó al terapeuta. Incluyó al terapeuta.		
2	-Padre. -Madre.	Jugaron juntos o separados. Qué relación establecieron al jugar. Lograron secuencia en su juego. Cuáles fueron sus juegos. Discutieron al jugar. Se agredieron al jugar. Incluyeron al terapeuta.		
3	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre.	Jugaron juntos o separados. Qué relación establecieron al jugar. Lograron secuencia en su juego. Cuáles fueron sus juegos. Discutieron al jugar. Se agredieron al jugar. Incluyeron al terapeuta.		
4	-Hijo deficiente mental. -Hermanos.	Jugaron juntos o separados. Qué relación establecieron al jugar. Lograron secuencia en su juego. Cuáles fueron sus juegos. Discutieron al jugar. Se agredieron al jugar. Incluyeron al terapeuta.		

*Esta lista estará separada por sesión y con un mayor espacio para las respuestas.

SESION	PARTICIPANTE	CONDUCTAS	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
5	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Cómo se organizaron. Eligieron o determinaron los roles? Rechazaron el rol del deficiente mental. Cómo desarrollaron los roles. Qué actividades desarrollaron. Cómo se desempeñó el deficiente mental. Cómo incluyeron al terapeuta.		
6	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Cómo se organizaron. Eligieron o determinaron los roles. Quién desarrolló más agresión. Contra quién se desarrolló más agresión. El deficiente a quién agredió más. Quién agredió más al deficiente mental. Quién organizó la guerra. Quién dió fin a la guerra. Cómo incluyeron al terapeuta.		
7	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Cómo se organizaron. Eligieron o determinaron los roles. Qué juego eligieron. Quién compitió más. Con quién compitió más el deficiente mental. Quién protegió más al deficiente mental. Quién ganó. Cómo incluyeron al terapeuta.		

SESION	PARTICIPANTE	CONDUCTAS	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
8	-Hijo deficiente <u>men</u> tal. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Cómo se seleccionó el tema y material. Quién seleccionó el tema y material. Quién escogió primero su lugar de dibujo. Quién dibujó. Cómo escogieron al que presentó el mural. Cómo incluyeron al terapeuta.		
9	-Hijo deficiente <u>men</u> tal. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Quién determinó el orden de presentación. Quién imitó al deficiente mental. A quién imitó el deficiente mental. Qué actitudes o actividades imitaron. A quién evaluaron más rudamente. Cómo evaluaron al deficiente mental. Cómo incluyeron al terapeuta.		
10	-Hijo deficiente <u>men</u> tal. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Qué patrones de relación nuevos se expresaron en la familia. Qué patrones de juego nuevos se expresaron en la familia. Cómo incluyeron al terapeuta.		

ANEXO 3. B
LISTA DE COMPROBACION DE CONDUCTAS *
PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

SESION	PARTICIPANTE	CONDUCTAS	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
1	-Hijo deficiente <u>men</u> tal.	Se enuncian aquí los sonidos utilizados.		
2	-Hijo deficiente <u>men</u> tal.	Se enuncian aquí los sonidos utilizados.		
3	-Hijo deficiente <u>men</u> tal.	Se enuncian aquí los sonidos utilizados.		
4	-Hijo deficiente <u>men</u> tal.	Se enuncian aquí los sonidos utilizados.		
5	-Hijo deficiente <u>men</u> tal. -Padre.	Se enuncian aquí los sonidos utilizados.		
6	-Hijo deficiente <u>men</u> tal. -Madre.	Se enuncian aquí los sonidos utilizados.		
7	-Hijo deficiente <u>men</u> tal. -Hermanos.	Se enuncian aquí los sonidos utilizados.		

*Esta lista estará separada por sesión y con un mayor espacio para las respuestas.

SESION	PARTICIPANTE	CONDUCTAS	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
8	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Con quién tiene más contacto físico el deficiente mental. Cuáles fueron las respuestas no verbales del deficiente mental con los otros miembros de la familia. La familia tiene contactos físicos con el deficiente mental?		
9	-Hijo deficiente mental.	Entró en contacto físico y no-verbal con el terapeuta. Cómo entró en contacto físico y no-verbal con el terapeuta.		
10	-Hijo deficiente mental.	Cómo reaccionó ante cada mensaje. Logró verbalizar sus sensaciones y sentimientos.		
11	-Hijo deficiente mental.	Qué canales de comunicación se abrieron con el deficiente mental.		
12	-Hijo deficiente mental.	Qué canales de comunicación se abrieron con el deficiente mental.		
13	-Hijo deficiente mental. -Padre.	Qué posiciones usaron. Se tocaron en la posición elegida. Quién emitió palabras cariñosas. Cuáles fueron las palabras cariñosas que se dijeron. Pudieron hacer eco juntos.		

SESION	PARTICIPANTE	CONDUCTAS	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
14	-Hijo deficiente <u>men</u> tal. -Padre.	Lograron realizar el balanceo. Lograron mirarse a la cara. Cuánto tiempo se miraron a la cara. Lograron las percusiones corporales en el otro. Lograron guardar silencio en las <u>activida</u> des. Quién no logró guardar silencio en las <u>ac</u> tividades.		
15	-Hijo deficiente <u>men</u> tal. -Padre.	Lograron guardar silencio y entrelazarsus manos en la oscuridad. Se tocaron al realizar la expresión <u>corpo</u> ral. La expresión corporal fue individual. Pudieron abrir algún canal de <u>comunica</u> --- ción.		
16	-Hijo deficiente <u>men</u> tal. -Madre.	Qué posiciones usaron. Se tocaron en la posición elegida. Quién emitió palabras cariñosas. Qué se dijeron. Pudieron decir la rima juntos.		
17	-Hijo deficiente <u>men</u> tal. -Madre.	Lograron realizar el balanceo. Lograron mirarse a la cara. Cuánto tiempo se miraron a la cara. Lograron las percusiones corporales en el otro. Lograron guardar silencio en las <u>activida</u> des. Quién no logró guardar silencio.		

SESION	PARTICIPANTE	CONDUCTAS	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
18	-Hijo deficiente mental. -Madre.	Lograron guardar silencio y entrelazar sus manos en la oscuridad. Se tocaron al realizar la expresión corporal. La expresión corporal fue individual. Lograron abrir algún canal de comunicación.		
19	-Hijo deficiente mental. -Hermanos.	Qué posiciones usaron. Se tocaron en la posición elegida. Quién emitió palabras cariñosas. Cuáles fueron las palabras cariñosas. Cuáles fueron las palabras cariñosas que se dijeron. Pudieron cantar juntos.		
20	-Hijo deficiente mental. -Hermanos.	Lograron realizar el balanceo. Lograron mirarse a la cara. Cuánto tiempo se miraron a la cara. Lograron las percusiones corporales en el otro. Lograron guardar silencio en las actividades. Quién no logró guardar silencio.		

SESION	PARTICIPANTE	CONDUCTAS	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
21	-Hijo deficiente mental. -Hermanos.	Lograron guardar silencio y entrelazar sus manos en la oscuridad. Se tocaron al realizar la expresión corporal. La expresión corporal fue individual. Pudieron abrir algún canal de comunicación.		
22	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Qué posición adoptaron cada uno. Quién propuso percusiones y quién no. Propuso percusiones el deficiente mental. Quiénes dibujaron. Respetaron los dibujos de los otros.		
23	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Lograron realizar el balanceo. Pudieron estar abrazados el tiempo requerido. Qué reacciones tuvieron al estar abrazados. Se expresaron con la música. Se tocaron al expresarse corporalmente.		
24	-Hijo deficiente mental. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Lograron mirarse el tiempo requerido. Cuánto tiempo se miraron. Pudieron cantar juntos. Quién fue el "líder" para enseñar la canción. Pudieron cantar la canción nueva.		

SESION	PARTICIPANTE	CONDUCTAS	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
25	-Hijo deficiente <u>men</u> tal. -Padre. -Madre. -Hermanos.	Pudieron guardar silencio en la oscuri- dad. Qué instrumentos eligieron cada uno. Qué instrumentos eligió el deficiente <u>men</u> tal. Discutieron en la elección de los instru- mentos. Pudieron tocar en coordinación. Qué canales de comunicación usaron.		
26	-Hijo deficiente <u>men</u> tal. -Grupo de deficien- tes mentales.	Pudieron guardar silencio, si no lo guar- daron, qué hicieron. Realizaron percusiones libres. Quién propuso las percusiones. Imitaron las percusiones propuestas por otros.		
27	-Hijo deficiente <u>men</u> tal. -Grupo de deficien- tes mentales.	Qué posiciones adoptaron. Pudieron organizar su canto. Respetaron al que no deseaba cantar. Pudieron tocar algún instrumento. Quién y qué instrumento tocó cada uno. Lograron coordinarse al tocar.		
28	-Grupo de deficientes mentales. -Familia de cada defi- ciente mental.	Pudieron guardar silencio. Lograron separarse de su familia. Lograron formar parejas no familiares. Lograron realizar la expresión corporal. Quién no participó. Por qué no participó.		

SESION	PARTICIPANTE	CONDUCTAS	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
29	<p>-Grupo de deficientes mentales.</p> <p>-Familia de cada deficiente mental.</p>	<p>Lograron realizar el balanceo.</p> <p>Lograron separarse de su familia.</p> <p>Lograron organizarse en equipo no familiar.</p> <p>Cómo se seleccionó a los expositores.</p> <p>Quiénes expusieron los dibujos.</p> <p>Expusieron los deficientes mentales.</p> <p>Cómo expusieron.</p>		
30	<p>-Grupo de deficientes mentales.</p> <p>-Familia de cada deficiente mental.</p>	<p>Lograron escuchar la música recostados.</p> <p>Lograron organizarse en equipo.</p> <p>Lograron hacer una melodía.</p> <p>Lograron atención y respeto para con los otros.</p> <p>Lograron comunicarse.</p>		

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

1. AJURRIAGUERRA, J. Manual de Psiquiatría Infantil. Toroy-Manson. 1976.
2. ALARID, Humberto; Irigoyen, J.; Coria, A. Fundamentos de Medicina Familiar. Ed. Medicina General Familiar. México 1972.
3. ALVIN, Juliette. Musicoterapia. Paidós. España 1984.
4. ALVIN, Juliette. Música para el Niño Disminuído. Manuales Musicales. Ricordi. Argentina 1965.
5. ANASTASI, Anne. Los Test Psicológicos. Aguilar. España 1978.
6. EALLY, Gustav. El Juego como Expresión de Libertad. Fondo de Cultura Económica. México 1980.
7. BAULEO, Armando. Ideología, Grupo y Familia. Ediciones Kargieman. Argentina 1974.
8. BELTRAN, Jesús y Cols. Psicología de la Educación. EUDENA, España 1987.
9. BENENZON, Rolando. Manual de Musicoterapia. Paidós. España 1981.
10. BERRUECOS, María y Sánchez, Paulina. El Adiestramiento Auditivo en Edades Tempranas. Prensa Médica Mexicana. México 1986.
11. BOSZORMENYI-NAGY, I. y Framo, James. Terapia Familiar Intensiva. Aspectos teóricos y prácticos. Trillas. México 1982.
12. CARROLL, Herbert. Higiene Mental. Dinámica del ajuste psíquico. Continental. México 1972.
13. CASTELLANOS, Marie. El Juego en la Educación y en la Terapia de Subnormales. Prensa Médica Mexicana. México 1973.

14. COBURN-STAEGE, Ursula. Juego y Aprendizaje. Teoría y Praxis para la enseñanza básica y preescolar. Ediciones de la Torre. España 1980.
15. COMPAGNON, Germaine y Thomet, Marise. Educación del Sentido Rítmico. Kapelusz. Argentina 1975.
16. CORONADO, Guillermo. Tratado sobre Clínica de la Deficiencia Mental. CECSA. México 1978.
17. CABALLERO, Rosita y Morales, Horacio. Pequeños Cantos, Pequeños Niños. Trillas. México 1989.
18. CRUICKSHANK, William. El Niño con Daño Cerebral. En la Sociedad, en el hogar y en la comunidad. Trillas. México 1982.
19. CHATEAU, Jean. Psicología de los Juegos Infantiles. Kapelusz. Argentina 1973.
20. FERRARO, Joseph. Hacia un Diálogo Católico-Marxista sobre la Familia. Edicol. México 1979.
21. FREEDMAN, Alfred. y Cols. Compendio de Psiquiatría. Salvat. España 1982.
22. GESSEL, Arnold. y Amatruda, C. Diagnóstico del Desarrollo. Normal y Anormal del Niño. Paidós. Argentina.
23. GARVEY, Catherine. El Juego Infantil. Morata. España 1985.
24. HALLAS, H. Asistencia y Educación del Subnormal. Científico Médica. España 1972.
25. KEPHART, N. C. El Alumno Retrasado. Descubrimiento de las deficiencias de organización psíquica y técnicas pedagógicas para su corrección. Miracle. España 1972.
26. KIEINMUNTZ, Benjamín. Elementos de Psicología Anormal. Continental. México 1980.

27. KOLB, L. C. Psiquiatría Clínica Moderna. Prensa Médica Mexicana. México 1981.
28. LISKER, Rubén y Armendares, S. La Genética y Usted. Siglo XXI. México 1984.
29. LOPEZ-FOUDO, Silvia G. E. El Niño con Síndrome de Down. Diana. México 1983.
30. Mc. DONALD, R. E. y Cols. Odontología para el Niño y El Adolescente. Mundi. Argentina 1975.
31. MINUCHIN, Salvador. Familias y Terapia Familiar. Gedisa. México 1965.
32. NIETO, Margarita. Anomalías del Lenguaje y su Corrección. Librería de Medicina. México 1980.
33. NIETO, Margarita. El Niño Dialéxico. Guía para resolver las dificultades de la lecto-escritura. Prensa Médica Mexicana. México 1981.
34. NUÑEZ, Francisco y Herner, Susana. Tú, la Música y el Arte. Sistema SIAMA. ESCLALSA. México 1976.
35. OLMEDO, Javier. Evaluación del Aprendizaje. Mecanograma S/f, en Antología de Evaluación en la Práctica Docente. Universidad Pedagógica Nacional. México 1987.
36. ORTA, V. Guillermo. Elementos de Cultura Musical. Textos Universitarios. México 1970.
37. PENOVI, Luisa. Entrenamiento Rítmico y Auditivo para el Disminuido Mental. Daim. Argentina 1965.
38. RAMIREZ, Santiago. El Mexicano, Psicología de sus Motivaciones. Grijalvo. México 1977.
39. RIVAS, García de Núñez, M. y Cols. Actividades Musicales Preescolares. Kapelus. México 1976.

40. RODRIGUEZ, R. Teresa. Educación de los Adolescentes Débiles Mentales. Tesis de Licenciatura. UNAM 1967.
41. SANDOVAL, Dolores. El Mexicano: Psicodinámica de sus Relaciones Familiares. Villcaña. México 1988.
42. SHAEFER, Charles y O'Connor, Kevin. Manual de Terapia de Juego. Manual Moderno. México 1988.
43. SIQUIER DE OCAMPO, María y Cols. Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico. Nueva Visión. Argentina 1987.
44. UNAM. Módulo de Medicina Social. 1er. Año. Curso de Especialización en Medicina General Familiar. Facultad de Medicina. México 1983 - 1984.
45. VAYER, P. El Diálogo Corporal. Científico-Médica. España 1977.
46. WECHSLER, David. La Medida de la Inteligencia del Adulto. Edición Preliminar. Argentina.
47. WILLIENS, Edgar. El Valor Humano de la Educación Musical. Paidós. España 1981.
48. ZAPATA, Oscar. El Aprendizaje por el Juego en la etapa Maternal y Preescolar. PAX. México 1988.
49. ZAZZO, y Cols. Nueva Escala Métrica de la Inteligencia. Kapelusz. Argentina 1970.

D I C C I O N A R I O S

50. LA PANCHE, J. J. B. Pantalís. Diccionario de Psiconálisis. Labor. España 1987.
51. PIERON, Henri. Diccionario de Psicología. Kapelusz. Argentina 1964.
Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Santillana. México 1986.
Lexipedia.

L E Y E S

52. CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Porrúa. México 1990.
53. CODIGO CIVIL. Porrúa. México 1988.
54. CODIGO PENAL. Porrúa. México 1988.
55. LEY FEDERAL DE EDUCACION. S. E. P. México. 1974.
56. LEY SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL. Diario Oficial. 9 de Enero de 1986.

R E V I S T A S

57. ABRAMSON, Hoffman y Johns. Psicoterapia de Juego en Grupo para Niños. en Revista Salud Mental. Primavera 1981. Vol. 4. Año 4. No. 1. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
58. CUADERNOS S.E.P. La Educación Especial en México. México 1981.
59. FISHER, Lawrence. On the Clasification of Families. en Revista Archives of General Psychiatry. Vol. 34. April 1977.
60. GUERRERO, Carlos. El Obstetra en la Génesis de la Deficiencia Mental. en Revista Psicología. No. 19.
61. OLSON, Sphinkle y Russell. Circumplex Model of Marital and Family Systems: I cohesion and adaptability dimensions. Family types, and clinical applications. en Revista Family Process. Vol. 18. No. 1. March 1979.
62. OVERVIEW, Conceptualization of Normal Family Functioning. Mecanograma. s/f.
63. REVISTA DE MUSICOTERAPIA. Tomo IV. X Aniversario. Argentina 1976.
64. REVISTA CONFE. de la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Peficiente Mental, A.C. Noviembre de 1988.

- 65. REVISTA PSICOLOGIA. No. 29. México.
- 66. ROGERS, La Terapia por medio de la Danza en el Retardado Mental. en Revista Salud Mental. Invierno 1980. Vol. 3. Año 3. No. 4. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.

P E R I O D I C O S

- 67. CORDOVA, José L. La Música es un Ejercicio Matemático. en Universal. 10 Marzo de 1991.
- 68. GARIBAY, Susana. Talleres Infantiles de Educación Especial en el Museo de Antropología. en Novedades. Lunes 20 de Octubre de 1986.
- 69. IDALIA, María. "Creación del Taller de Psicomúsica en el Conservatorio Nacional". en Excélsior. 9 Agosto de 1987.
- 70. OSORNIO, Tovar Margarita. "Casa Hogar para Deficientes Mentales Serenos y Profundos". en Novedades 20 de Octubre de 1986.
- 71. CHAVEZ, Juventino. "No hay Enfermedad que no se doblegue ante la Música". en Universal. 10 de Septiembre de 1987.

M E M O R I A S D E E V E N T O S

- 72. MEMORIA DEL SEGUNDO ENCUENTRO NACIONAL DE PADRES DE FAMILIA. México 1984.
- 73. S.A.A. Niveles de Atención para la Salud; Primera Reunión Nacional. Memorias. México 1981.
- 74. S.S.A. Niveles de Atención para la Salud; Primera Reunión Nacional. Guía de Trabajo de Salud Mental. México 1981.

FOLLETOS

FOLLETO "Liga Internacional a Favor de las Personas con Deficiencia Mental".

FOLLETO "Deficiencia Mental. Una Tarea Global de la Liga Internacional de Asociaciones en favor de las Personas con Deficiencia Mental".

FOLLETO "Diferencias Significativas entre Retraso Mental y Enfermedad Mental" de la Liga Internacional en favor de las Personas con Deficiencia Mental.

FOLLETO "Paso a Paso" de la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental, A.C. México 1983.