



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**LA MÚSICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA
DURANTE EL ENVEJECIMIENTO DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

REBECA LEAL GONZÁLEZ



DIRECTORA DE TESIS: DOCTORA BLANCA ELENA MANCILLA
GÓMEZ

REVISORA: LICENCIADA AÍDA ARACELI MENDÓZA IBARROLA

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

Para mis papás, quienes comparten mi amor por la música y me apoyaron durante este proceso.

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1 DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	10
1.1 Concepto	10
1.2 Etiología.....	13
1.3 Semiología	16
1.4 Clasificación de la discapacidad intelectual	17
1.5 Psicodiagnóstico	21
1.6 Intervención	21
1.7 Epidemiología	25
1.8 Normatividad en materia de discapacidad	29
1.8.1 México	29
1.8.2 Contexto internacional actual.....	32
CAPÍTULO 2 TERCERA EDAD.....	34
2.1 Desarrollo físico	35
2.2 Desarrollo cognitivo	39
2.3 Desarrollo socioemocional.....	41
2.4 Envejecimiento y discapacidad intelectual.....	43
CAPÍTULO 3 CALIDAD DE VIDA	47
3.1 Concepto	47
3.2 Salud - enfermedad	53
3.2.1 Trastornos físicos.....	54
3.2.2 Trastornos mentales y comportamentales	58
3.3 Familia	62
3.4 Necesidades de apoyo para mejorar calidad de vida	66
3.5 Modelos para mejorar la calidad de vida	68
3.5.1 Habilidades para la vida.....	69
3.5.2 Teaching family.....	72

3.6.3 Musicoterapia.....	76
3.6.4 Danzaterapia.....	84
CAPÍTULO 4 LA MÚSICA COMO MÉTODO PARA PROMOVER CALIDAD DE VIDA.....	86
4.1 Elementos de la música.....	91
4.2 Estilos Musicales	96
4.2.1 Música popular.....	96
4.2.2 Sonidos de la naturaleza	102
4.2.3 Música instrumental	103
MÉTODO	105
PROPUESTA DE UN TALLER DE MÚSICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN DE LA TERCERA EDAD CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL	110
Objetivo general.....	110
Justificación	110
Metodología	111
Carta descriptiva	114
CONCLUSIONES	123
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....	127
REFERENCIAS	129
ANEXO 1	141
Cuestionario para identificar cualidades y dificultades de los participantes del Taller de música y danza	141

RESUMEN

El incremento en la población con discapacidad intelectual y la marginación que tiene dicho grupo social, en especial en la tercera edad, indican que se debe comenzar a planear programas integrales enfocados a mejorar la salud física y emocional. En la presente tesis se realizó una revisión documental de los fundamentos teóricos sobre la discapacidad intelectual, la calidad de vida, tercera edad y la música, de igual manera se revisaron algunos modelos utilizados para el mejoramiento de la calidad de vida, con la finalidad de elaborar la propuesta de un taller de música que nos permita lograr dicho objetivo.

La discapacidad intelectual implica no solamente una capacidad intelectual inferior al promedio, generalmente estas personas cuentan con otras discapacidades como visuales, motrices o de lenguaje. Por otra parte, el envejecimiento es un proceso natural que involucra un deterioro progresivo de funciones físicas y cognitivas. Durante la tercera edad, ambos elementos se juntan y las personas con discapacidad intelectual se encuentran con que el proceso de envejecimiento se acelera y, además del deterioro de su enfermedad, también deben lidiar con el proceso normal del envejecimiento.

En el siguiente trabajo se plantea la propuesta de un taller de música como medio para mejorar la interacción social, el bienestar emocional y acrecentar la capacidad motora; en el que a través de diferentes actividades como el canto y el baile, entre otras, nos permita favorecer la calidad de vida en la población de la tercera edad de las personas con discapacidad intelectual.

Palabras clave: discapacidad intelectual, tercera edad, calidad de vida y música.

INTRODUCCIÓN

El incremento en la esperanza de vida relacionado a la caída de las tasas de mortalidad y natalidad, y los cambios en los patrones de morbilidad, han sido factores importantes para que la población de personas con discapacidad también vaya en aumento (INEGI, 2000). Las razones son diversas, principalmente se debe al avance en la medicina, el acceso a los servicios de salud y los estilos de vida.

Las personas con discapacidades conforman uno de los grupos más marginados del mundo, presentan los peores resultados sanitarios, obtienen resultados académicos más bajos, participan menos en la economía y registran tasas de pobreza más altas que personas sin discapacidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente el 15 por ciento (según estimaciones de la población mundial en el 2010), de la población del mundo cuenta con algún tipo de discapacidad, ya sea física, intelectual o sensorial, esto es más de mil millones de personas. La Encuesta Mundial de la Salud señala que del total de personas estimado, 110 millones (2.2 por ciento) tienen dificultades significativas de funcionamiento.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), para el año 2010, en México el 8.5 por ciento de la población declaró tener alguna limitación mental.

Dentro de la sociedad, las personas que padecen alguna discapacidad también son rechazadas y lo podemos saber al observar el desconocimiento casi absoluto que se tiene acerca del tema. La mayoría de las personas se apartan pues no saben de qué manera relacionarse o qué hacer para ayudarlos.

Aunado a esto, dicha población tiende a ser marginada por el resto de las personas, incluyendo a los familiares, pues la mayoría, desde muy temprana edad, buscan centros donde puedan cuidar a sus hijos mientras ellos continúan con sus actividades de la vida diaria. Es cierto que muchos padres buscan que sus hijos obtengan una educación y con el paso de los años logren tener una vida independiente, pero también es cierto que tener en casa a una persona con alguna discapacidad, requiere mayor atención y demanda mucho tiempo, por lo que se opta generalmente por alguna alternativa que involucre a su hijo, o familiar, el mayor tiempo posible.

Por estas razones, surgen centros especiales, los cuales se encargan de atender a la población con alguna discapacidad y se especializan ya sea en la inserción laboral, la formación académica o las terapias físicas. Como dichos centros especializados se vuelven el lugar en donde estas personas pasan la mayor parte del día, son los encargados en gran parte de su formación, ya sea física, emocional o laboral.

Tomando esto en cuenta, es de suma importancia proporcionar no solamente la mayor calidad de atención dentro de los centros, sino que además, todo sea enfocado a mejorar la calidad de vida. ¿Qué significa esto?, *“La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.”*(OMS, 2002). Es decir, todos estos factores repercuten en la forma como una persona se siente acerca de su vida y como es que se relaciona consigo mismo y con el medio.

Son diversos los factores que afectan la calidad de vida y estos varían dependiendo de cada persona. Por ejemplo, es común que las personas con algún tipo de discapacidad sean sobreprotegidas por sus familiares y tengan un gran apego hacia ellos, pero tienen escasa comunicación con el resto del medio; para estas personas será importante reforzar las relaciones interpersonales fuera del contexto familiar.

De igual manera, los retos y dificultades a los que diariamente se debe enfrentar este grupo social, en cuanto al desarrollo y el aprendizaje, son muchos y esto les impide participar de manera activa en su comunidad, además, se vuelven más vulnerables a la explotación.

La salud es un factor clave para la calidad de vida de todas las personas, especialmente este grupo social, el cual se caracteriza por presentar no solamente discapacidad intelectual, sino además, padecen una serie de enfermedades relacionadas o no a dicha discapacidad. Por esta razón, se ha prestado especial atención a los factores ambientales y sociales, pues estos son generadores o mantenedores de la discapacidad.

Entonces, existen factores ya conocidos y evidentes, como por ejemplo el ejercicio, chequeos rutinarios de salud o una buena alimentación, pero también se encuentran otros de los cuales tenemos poca información y que, de manera distinta, pueden apoyar a mejorar la calidad de vida de las personas, un ejemplo es la música. La música es un elemento fundamental para el ser humano y se encuentra presente en todas las culturas, a pesar de su gran difusión, aún sigue siendo un enigma. Lo que es un hecho es que *“provoca respuestas físicas similares (movimientos de la*

cabeza, manos o pies) *al mismo tiempo en distintas personas. Ese es el motivo por el cual puede inducir a la reunión de un grupo y crear la sensación de unidad*” (Storr 2007, citado en Pérez, 2013), además, intensifica el sentimiento que evoca un acontecimiento en especial.

Debido a las necesidades de esta población, es necesario buscar nuevos métodos que permitan mejorar la calidad de vida. La propuesta planteada en este documento consiste en un taller de música y danza enfocado a mejorar la calidad de vida en la población de la tercera edad con discapacidad intelectual. La idea de proponer un Taller de Música y Danza, surge de la experiencia de vida de la autora dentro de la Institución llamada “Camino Abierto I.A.P”, la cual presta servicios de pedagogía y psicología durante las mañanas a mujeres con diagnóstico de discapacidad intelectual leve y moderada. Las edades de las mujeres del plantel oscilan entre los 40 y los 60 años, es por esta razón que se proponen actividades enfocadas a las necesidades físicas y emocionales de esta población que, además de contar con las limitaciones propias de su condición, comienzan a desarrollar un deterioro físico y mental debido al proceso natural de envejecimiento.

En los primeros cuatro capítulos del documento, se describirán los fundamentos teóricos sobre la discapacidad intelectual, la calidad de vida, tercera edad y música, con la finalidad de elaborar, posteriormente, la propuesta del Taller de Música y Danza.

CAPÍTULO 1

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1.1 Concepto

Se tiene conocimiento que fue Hipócrates (460-277 a.C) el primero en señalar que las enfermedades del cerebro daban lugar a diversos desórdenes mentales. Posteriormente, con la caída del Imperio romano hubo un estancamiento de la ciencia y se consideraba que los enfermos mentales estaban poseídos por demonios y debían torturarlos; sin embargo, es en esta misma época cuando el médico árabe Avicena (980-1037d.C.) consideró que se debía incluir el término de amnesia dentro de la clasificación de enfermedades mentales para referirse a la discapacidad intelectual. Y a partir de ese momento, la definición ha cambiado a lo largo de los años, según la sociedad y la evolución en la medicina.

En el siglo XX la Asociación Americana sobre Personas con Deficiencia Mental (AAMD) realizó investigaciones para lograr una definición unificada y no discriminatoria, razón por la cual cambió su nombre a: Asociación Americana sobre personas con Retraso Mental (AAMR) y, a partir del 2007, se nombró Asociación Americana sobre la Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD) y son quienes actualizan las definiciones. La primera edición del manual de dicha Asociación fue publicada en 1921 y la última en 2002, siendo la del 2002 la décima edición.

En la edición de 1959, Heber propone la siguiente definición para discapacidad intelectual: *“El retraso mental está relacionado con un funcionamiento intelectual*

general por debajo de la media, que se origina en el periodo de desarrollo y se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo en una o varias de las siguientes áreas: maduración, aprendizaje y adaptación social”, Grossman, en 1973, define psicométricamente el concepto anterior concluyendo que “el retraso mental está relacionado con un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media, que se origina en el periodo de desarrollo y se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo”.

A partir de ahí, el siguiente cambio importante es en 1992 cuando Luckasson propone la siguiente definición, la cual es base importante para la actualización del año 2002. *“El retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto con limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años”.*

Las cuatro dimensiones que se encuentran en esta definición son:

1. Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas,
2. Consideraciones Psicológicas/Emocionales,
3. Consideraciones Físicas/Salud/ Etiológicas,
4. Consideraciones Ambientales.

En 2002 Luckasson redefine el retraso mental como *“una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas, tanto en el funcionamiento intelectual, como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años”*.

En dicha definición se continúa con el planteamiento multidimensional pero las dimensiones son:

1. Habilidades intelectuales,
2. Conducta adaptativa (conceptual, social y práctica),
3. Participación, interacciones y roles sociales,
4. Salud física y mental,
5. Contexto (ambientes y cultura).

Ahora bien, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) el diagnóstico de retraso mental debe cumplir con los siguientes criterios:

- Capacidad intelectual inferior al promedio CI aproximadamente de 70,
- Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad actual en por lo menos dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, ocio, habilidades sociales, trabajo, utilización de recursos comunitarios, salud y seguridad,
- Inicio anterior a los 18 años.

Tanto la AAMR como el DSM-IV, comparten criterios a la hora de definir la discapacidad intelectual pues consideran que tiene que ver con un funcionamiento

intelectual general inferior a la media, con una conducta adaptativa deficiente y que se debe presentar antes de los dieciocho años.

En cuanto a la terminología, la expresión “discapacidad intelectual” se ha impuesto sobre el término “retraso mental”, debido a que el primero (discapacidad), es un término más amplio que se refiere a la ausencia de capacidad de realizar alguna actividad dentro de la normalidad para un ser humano e implica consecuencias personales. Dentro de la discapacidad podremos encontrar la auditiva, motriz, visual e intelectual, entre otras.

En México, el organismo encargado de regular y comunicar el lenguaje en materia de discapacidad y la terminología, es el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad Intelectual (CONADIS).

1.2 Etiología

A pesar de los avances en la ciencia, aún es complicado saber con certeza cuál es la causa de la discapacidad intelectual, se dice que en la actualidad uno de tres casos de este tipo de discapacidad la causa es desconocida. Sin embargo, cuanto mayor es la severidad del retraso será más fácil saber la causa.

Según la AAIDD, la discapacidad intelectual puede deberse a un factor o a un conjunto de ellos (biomédicos, conductuales, sociales, educativos) que interactúan entre sí y dan como resultado una deficiencia específica, siendo esto último lo más común. Es por esto que la mayoría de las personas que tienen discapacidad

intelectual presentan alguna otra discapacidad, ya sea en menor o mayor grado. Además, no hay prueba de que la genética sea parte importante de la mayoría de las discapacidades, es más, son pocos los casos en los que la genética es el único factor (AAIDD, 2012).

La AAIDD distingue entre cuatro tipos de factores:

- Factores biomédicos. Como los trastornos genéticos o de nutrición,
- Factores conductuales. Como son las actividades peligrosas o el abuso de sustancias por parte de la madre,
- Factores sociales. Relacionadas a la interacción familiar y social,
- Factores educativos. Relacionados a la promoción del desarrollo mental y las habilidades adaptativas.

Dichos factores se sitúan en el tiempo y se dividen en:

- Causas Prenatales,
- Causas Perinatales,
- Causas Posnatales.

Tabla 1. Etiología de la discapacidad intelectual

Causas prenatales
Desarrollo o disgenesia cerebral <ul style="list-style-type: none">• Anencefalia• Defectos del tubo neural• Encefalocele• Holoprosencefalia• Lisencefalia• Micrencefalia• Megalencefalia• Hidranencefalia• Porencefalia• Esquizencefalia

Cromosómica o genética

- Anomalías cromosómicas
- Síndrome X-ligados
- Varios síndromes con anomalías congénitas menores
- Síndromes de genes contiguos
- Trastornos de un único gen
- Síndrome de microdelección y duplicación

Infección prenatal

- Toxoplasmosis
- Sífilis
- Rubéola
- Citomegalovirus
- Virus de herpes
- Estreptococo
- Virus de la inmunodeficiencia humana

Exposición tóxica

- Defectos de nacimiento relacionados con el alcohol
- La radiación ionizante
- Embriopatías por drogas
- Teratógenos

Causas perinatales

Encefalopatía hipóxico isquémica peri y posnatal
No se han detectado errores innatos del metabolismo

Prematuro

- Hemorragia intracraneal
- Hidrocefalia
- Leucomalacia periventricular
- Infarto hemorrágico periventricular

Causas posnatales

Nutrición

- Severa desnutrición prenatal y posnatal
- Deficiencia de folato periconceptual
- Deficiencia de vitaminas y elementos esenciales

Infección

- Virus de herpes
- Estreptococo
- Virus de la inmunodeficiencia humana
- Meningitis
- Encefalitis

La lesión cerebral traumática

- El abuso físico, trauma materno, el trauma del nacimiento

Tomada y modificado de Leppert, Lipkin y Perry.

1.3 Semiología

Debido a que las causas son muy variadas, los signos también lo son y se podrán observar desde que el niño es muy pequeño y se le retrasa el caminar o hablar, o hasta que entra a la escuela y los maestros se percatan que al niño le cuesta trabajo entender los temas, concentrarse durante un largo periodo de tiempo, tiene dificultad para comprender conceptos abstractos o no sigue las reglas.

Se mencionarán a continuación de manera separada algunos signos de la discapacidad intelectual que, debe quedar claro, no es necesario que se presenten todos, ni al mismo nivel, en todas las personas.

Físicos

- Dificultad para mover alguna de sus extremidades o el cuerpo en conjunto.
- Se sientan, gatean o caminan más tarde que otros niños.
- Dificultad en movimientos finos y gruesos.
- Características físicas evidentes (como en el caso de los niños con Síndrome de Down).
- Dificultad en el control de movimientos, por ejemplo faciales.

Cognitivos

- Dificultad para recordar.
- Dificultad para concentrarse durante largos periodos de tiempo.
- Problemas para hablar o comienzan a hacerlo más tarde.
- Dificultad para comprender conceptos simples.

- Dificultad para comprender conceptos abstractos. Por ejemplo, los símbolos o las cosas que no sean tangibles.
- Dificultad para resolver problemas. Pueden ser de tipo social o personal.
- Dificultades en el lenguaje. Como sintaxis, escaso vocabulario o pronunciación entrecortada o modificada.

Emocionales/sociales

- Retraído,
- Agresivo/Pasivo,
- Baja autoestima,
- Problemas para seguir las reglas sociales,
- Dificultades para darse cuenta de las consecuencias de sus acciones.

1.4 Clasificación de la discapacidad intelectual

El sistema para determinar el grado de discapacidad es relativamente sencillo y existen pocas diferencias entre los sistemas que se encuentran internacionalmente aceptados, pues estos consideran que el inicio debe ser antes de los 18 años, nivel intelectual inferior a la media (esto varía entre 65 a 75 de CI según el sistema considerado), y la incapacidad de adquirir habilidades básicas para el funcionamiento y la supervivencia.

Tabla 2. Clasificación de la discapacidad intelectual según DSM-IV

Discapacidad intelectual	Coefficiente Intelectual (CI) Basado en escala de Inteligencia de Wechsler
Ligero	50-55 a 70
Moderado	entre 35 y 40 y 50-55
Grave	de 20-25 a 35-40
Profundo	por debajo de 20-25
No especificado	Existe una fuerte sospecha de retraso mental pero no puede ser detectado a través de las pruebas de inteligencia convencionales

Tomado de American Psychiatric Association Washington. (2002).

Tabla 3. Clasificación de la discapacidad intelectual según la CIE-10

Discapacidad intelectual	Cociente intelectual (CI) Basado en escala de Inteligencia de Wechsler
Ligero	entre 50-69
Moderado	entre 35-49
Grave	entre 20-34
Profundo	Inferior a 20
Otro	La evaluación es difícil o imposible debido a déficit sensoriales o físicos, trastornos graves del comportamiento o incapacidad física
Sin especificación	Existe la evidencia de retraso mental pero sin información suficiente como para asignar al sujeto a una de las categorías anteriores.

Tomado de Organización Mundial de la Salud Ginebra (1992).

Las características (aptitudes y limitaciones) de cada uno de los tipos de discapacidad intelectual son las siguientes:

- **Ligero.** Adquieren el lenguaje un poco más tarde pero hablan suficientemente bien para desarrollar habilidades sociales y de comunicación y tienen

capacidad para adaptarse e integrarse en el mundo laboral. Presentan un retraso mínimo en las áreas perceptivas y motoras. Sus discapacidades se hacen evidentes cuando aprenden a leer y escribir.

- **Moderado.** Pueden adquirir hábitos de autonomía y sociales. Aprenden a comunicarse poco a poco mediante el lenguaje oral pero presentan, con bastante frecuencia, dificultades en su expresión y en la comprensión de los convencionalismos sociales. Desarrollo motriz aceptable, es decir, actividades como caminar, tomar objetos o hablar son adecuados; sin embargo, su motricidad fina resulta deficiente. Pueden adquirir ciertas habilidades básicas para desempeñar algún trabajo, por ejemplo, actividades de empaque, de limpieza o de algunos servicios. Para la mayoría de estas personas existe una etiología orgánica, mencionada en el apartado 1.2 de este documento.

- **Grave.** Nivel de autonomía social y personal deficiente, o sea, es incapaz de mantener una comunicación, se le dificulta realizar cuidado personal por si mismo; por lo que generalmente necesitan protección o ayuda. Suelen presentar un importante deterioro psicomotor, es decir, sus movimientos gruesos son torpes. Pueden aprender algún sistema de comunicación, pero su lenguaje oral será muy pobre. Se les puede enseñar habilidades de autocuidado básico.

- **Profundo.** Presentan un grave deterioro en los aspectos sensoriomotrices y de comunicación con el medio, es decir, no presentan movimientos en una o varias de sus extremidades, además de que por su falta de lenguaje les es

imposible establecer relaciones sociales. Son dependientes en casi todas sus funciones y actividades, ya que las deficiencias físicas e intelectuales son extremas. Pocos tienen autonomía para desplazarse y responden a entrenamientos simples de autoayuda.

En cuanto al Cociente Intelectual (CI), propuesto por William Stern (1871-1938), es únicamente un índice numérico que expresa el nivel intelectual de una persona. Relaciona la edad mental (EM) de acuerdo con la edad cronológica (EC) comparado con el resto de las personas de la misma edad. La fórmula es: $CI = (EM/EC) \times 100$.

Para la estimación se pueden utilizar diversos instrumentos, en adultos el más conocido es la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS II) Tabla 4.

Para niños está la Escala de Inteligencia para Niños (WISC IV), se utiliza desde los 6 años hasta los 16 años, 11 meses de edad; y la Escala de Inteligencia para Preescolar y Primaria (WPPSI) la cuales tienen el mismo sistema de clasificación.

Tabla 4. Niveles de cociente intelectual según la escala WAIS

CI	Clasificación
130 y más	A Muy superior
120 – 129	B Superior
110 – 119	A Normal-alto
90 – 109	B Medio
80 – 89	C Normal-bajo
70 – 79	A Inferior
69 y menos	B Deficiente mental

Tomado y modificado de Wechsler, (2003)

1.5 Psicodiagnóstico

Tomando como base el DSM IV, el diagnóstico de discapacidad intelectual deberá cubrir los siguientes aspectos:

- Capacidad intelectual inferior al promedio CI aproximadamente de 70, o en caso de niños pequeños, inferior al promedio en un juicio clínico de capacidad intelectual.
- Déficit o alteraciones concurrentes en dos o más de las siguientes áreas:
Comunicación, cuidado personal, vida doméstica, ocio, habilidades sociales/interpersonales, trabajo, utilización de recursos comunitarios, salud y seguridad.
- Inicio anterior a los 18 años

1.6 Intervención

El conocimiento de personas con discapacidades es relativamente antiguo; sin embargo, lo que en un inicio se le atribuía al demonio, hoy en día tiene un sustento científico y un apoyo por parte de los Gobiernos, lo cual ha permitido que la sociedad tenga un mayor conocimiento de las discapacidades y gran apertura hacia este grupo de personas.

En la actualidad, en lo que más han trabajado, tanto los profesionales del tema como los distintos gobiernos, es en la regulación del concepto pues, como se mencionó anteriormente, el grueso de la población tiende a referirse a estos grupos como retraso, deficiencia, minusvalía, entre otros. Por otra parte, se está apostando por una sociedad más incluyente, en donde personas con DI puedan laborar –de

acuerdo con sus capacidades- dentro de la comunidad, ser independientes y lograr una mayor calidad de vida.

Además, debido a que hay un importante porcentaje de población con discapacidad intelectual, se pretende darles apoyo en el área laboral, emocional, físico y educativo, no únicamente a ellos sino también a su familia.

Muchos países desarrollados han establecido iniciativas nacionales para atender las necesidades de salud particulares de este segmento de la población. En México, derivado del Plan Nacional de Desarrollo de 1995 a 2000, la Comisión Nacional Coordinadora para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad presentó, en mayo de 1995, el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONVIVE).

Posteriormente, en el año 2000, se creó la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad (ORPIS), la cual propuso la creación del Consejo Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad (CODIS), como el organismo encargado de dar cumplimiento a las acciones derivadas del Programa Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad 2001-2006, antecedente del Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 2009-2012 (PRONADDIS), creado con el objeto de adoptar medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.

Uno de los mayores logros del CODIS fue la publicación de la Ley General para las Personas con Discapacidad el 10 de junio de 2005 en la Ciudad de México. Dicha Ley dispuso la creación del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS), el cual es actualmente el órgano encargado de promover un cambio en la cultura hacia la discapacidad que permita consolidar una sociedad incluyente. Asimismo, el 30 de mayo de 2011, fue publicada la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en el Diario Oficial de la Federación, acción que le da autonomía al Consejo para desarrollar todas las actividades que considere oportunas para el cumplimiento de sus objetivos.

A partir del Ejercicio Fiscal 2014, la Secretaría de Salud, en conjunto con el DIF Nacional, incorporaron el programa llamado Servicios de Atención a Población Vulnerable a la estructura del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), con el propósito de agrupar en un programa, actividades que años anteriores se venían trabajando en diferentes programas. A través de este programa, el SNDIF realiza actividades como por ejemplo: prestación de servicios a las personas con discapacidad y sus familias en los Centros de Rehabilitación; prestación de servicios de formación, encuentro y convivencia; proporciona servicios de asesoría jurídica en materia familiar, maltrato infantil, adopción y regularización jurídica de menores; y proporciona atención Integral en Centros Gerontológicos, Casas Cuna, Casas Hogar para niñas, niños y adolescentes, Casas Hogar para ancianos y Campamentos recreativos (Secretaría de Salud – Desarrollo Integral de la Familia Nacional, 2014).

Asimismo, en la propia estructura de la Secretaría de Salud, para el Ejercicio Fiscal 2014 también, se encuentra operando el Programa de Atención a Personas con Discapacidad, cuyo objetivo general es *“Contribuir a que la población con discapacidad beneficiada por el Programa mejore su calidad de vida mediante acciones que promuevan su inclusión social”*, dirigido a personas con discapacidad, preferiblemente aquellas en situación de pobreza, que habiten en zonas urbanas y rurales, atendidas por el SNDIF, Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (SEDIF), Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (SMDIF) y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en todo el territorio nacional, quienes deberán presentar proyectos alineados a este Programa para su apoyo.

Los apoyos de dicho Programa para la realización de los proyectos aprobados, se realizan conforme a las siguientes vertientes: A) Acciones en salud para la Atención a Personas con Discapacidad; B) Acciones de infraestructura y equipamiento para la atención de las personas con discapacidad; C) Acciones de Desarrollo para la inclusión laboral, educativa y social de las personas con discapacidad (Diario Oficial de la Federación, 28 diciembre, 2013).

La atención que se pretende realizar hacia este grupo de personas es integral y cada vez más se conforman instituciones especializadas en cierta área. Por ejemplo, en el ámbito laboral, la Confederación Mexicana de Organizaciones en Favor de la Persona con Discapacidad Intelectual, A.C. (CONFEDI), tiene como propósito intervenir y canalizar a escuelas a los niños, y capacitar a los adultos para que logren integrarse a la sociedad con una mejor calidad de vida. Para el apoyo de vida independiente se creó, en el 2008, la Fundación “Inclúyeme”, la cual construyó

una unidad habitacional con el fin de que las personas con discapacidades logren independizarse, canalizándolos durante el día a escuelas o trabajos en donde puedan integrarse a la vida escolar o laboral .

En cuanto a las investigaciones realizadas sobre el tema, estas le han dado un gran peso a la parte sexual, pues desde la óptica de la normalización e integración como principios básicos, este es un derecho que no se les puede negar. Algunos estudios reflejan que cuando son adolescentes tienen menos juegos sexuales de imitación, exploración, seducción, caricias, intentos de coito, etc., en comparación con las personas sin ninguna discapacidad. Shuttleworth considera que *“si a todo esto añadimos la resistencia de la familia y de la sociedad a la formación de parejas y todo lo que ello implica, acabaremos considerándolas personas «no sexuales»“* (citado por Campo, 2003).

1.7 Epidemiología

El porcentaje de discapacidad ha ido en aumento en nuestro país, siendo en 1995 el 2.3 por ciento de la población, en el año 2000 el 1.8 por ciento de la población y en el 2010 el 5.1 por ciento (INEGI, 2013). Algunas de las razones por las cuales han sucedido dichos cambios son:

- Disminución de la mortalidad. El avance en la medicina ha logrado abatir o erradicar enfermedades y prolongar el tiempo de vida de las personas. Debido a que son muchas las personas que sobreviven a enfermedades, no todas lo hacen con buena salud por lo que aumentan las discapacidades.

- Aumento de problemas crónico-degenerativos. Debido a que han aumentado los padecimientos transmisibles y los estilos de vida son cada vez más dañinos.
- Incremento en la esperanza de vida al nacer. Anteriormente los niños que padecían alguna complicación al momento de nacer generalmente no lograban sobrevivir, en la actualidad, los avances en la medicina logran salvar a los niños aunque en algunas ocasiones con diversas discapacidades.
- Cambio de vida. Han propiciado que las personas se desarrollen en un ambiente violento.
- Mayor acceso a los servicios de salud. Han propiciado que una mayor cantidad de personas logren sobrevivir a situaciones que les propician discapacidades, es decir, en caso de presentar enfermedades o accidentes, la mayor parte de esta población tendrán la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento eficaz.

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un 3 por ciento de la población en el planeta presenta alguna discapacidad intelectual. De ellas, el 70% vive en países en vías de desarrollo y poco más del 40 por ciento son pobres y no tienen acceso a servicios de salud e integración social.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), para el año 2010, en México el 8.5 por ciento de la población declaró tener alguna limitación mental, de las cuales el porcentaje de hombres es mayor que el de las mujeres (8.9 por ciento hombres y 7.4 por ciento mujeres). Un dato nuevo que surgió durante el Censo General de Población y Vivienda 2010 fue que **la primera causa que da origen a la discapacidad intelectual – con un 52.8 por ciento- proviene desde el nacimiento**; es decir, factores relacionados con la mal nutrición, la genética, el

abuso de sustancias por parte de la madre, infecciones durante el embarazo, problemas al momento del parto, entre otras. La segunda causa en importancia, con un 23.4 por ciento, fueron enfermedades diversas presentadas posteriormente al nacimiento.

Otro factor importante a revisar son los servicios de salud, en los cuales se calculó en el Censo del 2010, que únicamente el 62.0 por ciento de las personas con discapacidad mental disponía de este derecho; de ellas, 43.5 por ciento se encontraban afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el 41.3 por ciento al Seguro Popular.

Las estadísticas sobre la escolaridad de las personas con discapacidad es deficiente, pues se sabe que apenas el 28.9 por ciento de las personas de 3 a 29 años de edad, asistían a algún centro educativo. Dicho Censo, reveló que 32 de cada 100 personas de seis a 14 años con discapacidad intelectual saben leer y escribir un recado (indicador de alfabetismo), y 50 de cada 100 personas de 15 años en adelante con la misma discapacidad saben leer y escribir de manera fluida.

Los resultados del Censo del año 2010 respecto a la condición laboral, reportan que la proporción de personas con discapacidad intelectual económicamente activas fue 10.5 por ciento; es decir, 11 de cada 100 personas en edad de trabajar se encuentran ocupados o trabajando, o están buscando un empleo. De este porcentaje, los hombres tienen una tasa de participación tres veces mayor al de las mujeres. Las personas con discapacidad intelectual pueden recibir ingresos provenientes de acciones de política social, por alguna pensión, debidas a

transferencias dentro o fuera del país y rentas, entre otras, independientemente de que cuente o no con un trabajo remunerado; sin embargo, se observó que el ingreso total es insuficiente, pues el 83.5 por ciento de la población con DI no reciben dichos ingresos y el 12.9 por ciento perciben hasta dos salarios mínimos. Esto tiene consecuencias, debido al acceso a bienes y servicios y, en comparación con otras discapacidades, se observó que las personas con discapacidad intelectual se encuentran en una situación más desfavorable.

En cuanto a la residencia, para el año 2000, el 96.8 por ciento de las personas con discapacidad intelectual se encontraban en un hogar, 70 de cada 100 personas desempeñaban el rol de hijos, 18 tenían algún otro parentesco y ocho eran jefes de algún hogar. Para los adultos jóvenes (30 a 39 años) la estadística se mantiene; sin embargo, a partir de los 50 años se modifica y la mayoría comienza a vivir con personas de otro parentesco o se vuelven jefes de su propio hogar.

Es importante mencionar que desde 1895 existen esfuerzos por parte del INEGI para determinar el número de personas con discapacidad y sus características, pero fue hasta el año 1995 que se incluyó el tema de discapacidad a nivel de hogar en el Censo de Población y Vivienda, y en el año 2000 se incluyó el mismo tema en el XII Censo General de Población y Vivienda, bajo un enfoque combinado de deficiencia y discapacidad. Es por esta razón, que la mayor cantidad de información recolectada referente al tema será tomada especialmente de los Censos del 2000 y 2010.

Estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) consideran que la discapacidad puede ser considerada en nuestro país como un problema social debido a que:

- El riesgo y la presencia de la discapacidad y la minusvalía aumenta con la edad,
- La prevalencia de la discapacidad es más alta en zonas rurales que en las urbanas,
- La mayoría de los servicios (salud, transporte, educación, entre otros), son otorgados por el sistema gubernamental,
- La cobertura de los servicios antes mencionados es insuficiente,
- El acceso al trabajo remunerado es restringido, por lo cual la autosuficiencia económica de las personas con discapacidad no es significativa.

1.8 Normatividad en materia de discapacidad

Para efectos de este apartado, el Diario Oficial de la Federación (2010) define discapacidad como: *“Todo ser humano que presenta, temporal o permanentemente, alguna deficiencia parcial o total en sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales, que le limitan la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria, y que puede ser agravada por el entorno económico o social”*.

1.8.1 México

En la República Mexicana actualmente se encuentran vigentes distintas leyes y normas relacionadas con el tema, que se mencionarán a continuación.

Leyes Federales

- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Última reforma publicada el 27 de noviembre de 2007.

Busca promover la igualdad de oportunidades y trato, así como prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona.

- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2011.

Establece las condiciones en las que el Estado deberá promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad.

Leyes Estatales

Todos los estados de la Federación cuentan con sus propias leyes y reglamentos en materia de discapacidad. Algunos de los estados que le han puesto mayor atención al tema y cuentan con mayor número de leyes, son: Chiapas, Estado de México y Jalisco.

En cuanto al Distrito Federal, algunas leyes importantes son:

- Ley para las personas con discapacidad del Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 21 de diciembre de 1995, última reforma publicada el 29 de agosto de 2010. Tiene como objetivo normar las medidas y acciones que contribuyan a lograr la equiparación de oportunidades para la integración social de las personas con discapacidad en el Distrito Federal.

- Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad en el Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 10 de septiembre de 2010. La cual promueve la participación activa y permanente de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida diaria, principalmente en el social, económico, político, cultural y recreativo. Algunos ejemplos de acciones a realizar son: programas de salud y rehabilitación, acceso a la educación, programas de incorporación laboral, de accesibilidad (transporte, comunicaciones, entre otras) y de participación en actividades recreativas.

El Estado de Durango cuenta con una ley específica para las personas con discapacidad intelectual, llamada “Ley para la protección de las personas con deficiencia mental”, fue publicada el 25 de noviembre de 1993 y su última reforma se realizó el 6 de mayo de 2007. Tiene como objetivo principal la protección de las personas con deficiencia mental y su integración a la vida social y de trabajo, en todos sus órdenes.

Algunas Normas Oficiales Mexicanas (NOMS) que rigen en el país sobre el tema son:

NOM-173-SSA1-1998.- Establece las reglas que deberán observarse en la atención integral a personas con discapacidad.

NOM-197-SSA1-2000.- Establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de personas con discapacidad en establecimientos de atención médica.

NMX-R-050-SCFI-2006.- Especificaciones de seguridad de las personas con discapacidad a espacios construidos de servicio público.

NOM-EM-001-SSA3-2010.- Prestación de servicios de asistencia social para niños y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

1.8.2 Contexto internacional actual

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró los Lineamientos para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas que Padecen de Desórdenes Mentales, los cuales tienden a la evaluación práctica de los programas de salud mental en concordancia con los Principios de Salud Mental y que además incorpora principios generales de derechos humanos (OPS, 2001).

En 1971 la Organización de las Naciones Unidas (ONU), presentó la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, en donde se resalta la atención médica, el acceso a la educación y capacitación que le permita desarrollar al máximo sus capacidades y aptitudes, además de mencionar el derecho a desempeñar un empleo en la medida de sus posibilidades.

La ONU estableció, de igual manera, las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, con el fin de que se garantice que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad disfruten los mismos derechos y obligaciones dentro de acuerdo a su sociedad.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fue aprobada por la Asamblea de la ONU en diciembre de 2006 y entró en vigor el 3 de mayo de

2008. Es un instrumento normativo internacional para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, a partir de él las personas con discapacidad cuentan con una herramienta legal que asegura la protección y goce de los derechos humanos universales.

Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental aprobados en el año 1991 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, son considerados el estándar internacional más completo y detallado, y presentan una guía para el establecimiento de sistemas nacionales de salud mental y la evaluación de la práctica de los mismos (OPS, 2001).

Es importante señalar el gran avance que se ha realizado a nivel nacional e internacional en materia de discapacidad, pues gracias a estas leyes y normas, se presta mayor atención a dicha población y se penaliza a las personas o instituciones que los discriminen, ya sea a nivel social o laboral. Sin embargo, se hace notorio que hacen falta legislaciones enfocadas a las personas con discapacidad intelectual, razón por la cual se requiere dar a conocer las necesidades de esta población para lograr un cambio en la normativa nacional e internacional.

CAPÍTULO 2

TERCERA EDAD

Existen diferentes perspectivas en la definición de tercera edad, para unos investigadores corresponde a la población a partir de 60 años y para otros a partir de los 65. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), consideran en esta etapa a las personas mayores de 60 años (OMS, 2014). Según cifras proporcionadas por la ONU, entre 2000 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad se duplicará, ya que pasará de aproximadamente el 11 por ciento al 22 por ciento y se espera que el número de personas de 60 años o más aumente de 605 millones a 2,000 millones en ese mismo periodo.

Cada uno de nosotros nos desarrollamos de manera distinta en algunos aspectos y en otros lo hacemos de manera mas o menos igual. El desarrollo es el patrón de evolución o cambio que comienza en la concepción y continúa a través de todo el curso de la vida (Santrock, 2006). La mayor parte del desarrollo implica crecimiento, pero al acercarse al final de la vida hay una decadencia importante. El patrón evolutivo se conforma de tres aspectos principales que revisaremos de manera separada en esta sección: procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales.

Los procesos biológicos implican cambios físicos en la persona. Algunos ejemplos son: la genética heredada, el desarrollo del cerebro, el aumento o disminución de peso y estatura, las habilidades motoras y los cambios hormonales. En los últimos años la medicina ha puesto mucho interés en estos aspectos y busca mejorar

aspectos o, en el caso de la tercera edad, ralentizar el proceso y así aumentar la esperanza de vida. Los procesos cognitivos implican un cambio en el pensamiento, la inteligencia y el lenguaje. Los procesos socioemocionales consideran las relaciones interpersonales, los cambios emocionales y de personalidad. Los tres procesos interactúan a medida que las personas se desarrollan a lo largo de la vida.

2.1 Desarrollo físico

Cerebro

Desde la madurez comienza una ralentización general en el funcionamiento del cerebro y la médula espinal la cual aumenta durante la tercera edad y afecta la coordinación física y el rendimiento intelectual. Según estudios, la reducción de algunos neurotransmisores como la acetilcolina, la dopamina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA), afecta el funcionamiento cognitivo de las personas. La disminución de acetilcolina en un nivel normal, afecta la memoria y si es una cantidad mayor, da lugar a una pérdida grave de la memoria relacionada con la enfermedad de Alzheimer. Una reducción de dopamina relacionada con la edad se verá en la capacidad de planificar y la ejecución de actividades motoras, en un grado mayor se encuentra la enfermedad de Alzheimer. La producción de GABA disminuye con la edad y esto afecta pues es el que controla la precisión de las señales que se transmiten de una neurona a otra.

Gould y otros, 1999; Kempermann, Wiskott y Gage, 2004; Luque, Gimenez y Robotta, 2004; Manev y Manev, 2005; Shi y otros, 2004 (citados en Santrock, 2006)

consideran que los seres humanos pueden generar nuevas células cerebrales a lo largo de su vida; sin embargo, otros estudios han descubierto que para que se generen nuevas células es necesaria la estimulación ambiental a través del ejercicio, el aprendizaje u otros.

Hay muchas pruebas que hablan acerca de una disminución en el sistema inmunológico en la tercera edad, para ello es necesaria una dieta con la cantidad suficiente de proteínas y la realización de algún tipo de ejercicio físico.

Aspecto físico

A partir de la adultez empiezan a observarse algunos cambios en el aspecto físico de una persona, pero en la tercera edad son más notorios. Debido a la pérdida de materia ósea en las vértebras, la estatura disminuye, tanto en hombres como en mujeres. El peso corporal también es menor y tiene un aspecto “blando” debido a la pérdida de masa muscular. Otras características como arrugas o manchas cutáneas también aparecen durante esta etapa.

Desarrollo sensorial

Al llegar a esta etapa de la vida, los sentidos también sufren cambios. La agudeza visual se reduce, el campo visual disminuye y empieza a haber dificultades para ver de noche. La percepción de colores se ve afectada, al igual que la percepción de la profundidad. Además hay mayor riesgo de padecer enfermedades como cataratas, glaucoma y la degeneración muscular.

La capacidad auditiva también puede ser un problema durante la vejez; sin embargo, existen diversos aparatos especiales que ayudan a corregir el problema. Aunque en menor grado, el olfato y el gusto también disminuyen en esta etapa, al igual que el tacto, el cual puede repercutir en que las personas presenten una menor sensibilidad ante el dolor.

En cuanto a los problemas del sistema circulatorio, se ha observado que muchas personas padecen tensión arterial alta asociada con la aparición de enfermedades cardiovasculares, obesidad, ansiedad, endurecimiento de los vasos sanguíneos o falta de ejercicio, si la existencia de estos factores se prolonga, empeorará la tensión arterial de un individuo (Antelmi y otros, 2004, citado en Santrock, J.). En cuanto a los pulmones, estos pierden elasticidad a lo largo del ciclo vital, el pecho se encoge y el diafragma se debilita.

Problemas de salud

A continuación se mencionan algunos de los principales padecimientos en personas de la tercera edad y que son causa de fallecimiento.

La *artritis* es una inflamación de las articulaciones, produce rigidez, dolor y problemas de movilidad. Afecta principalmente las rodillas, los tobillos, los dedos de las manos y las vértebras.

La *osteoporosis* es un proceso natural el cual consiste en la pérdida de tejido óseo del esqueleto; sin embargo, en algunas personas esta reducción de tejidos es grave

y es la razón por la cual el cuerpo se encorva. Esta enfermedad está relacionada con un déficit en los niveles de calcio, vitamina D, estrógeno y falta de ejercicio.

La *hipertensión* es un trastorno del sistema cardiovascular del que se derivan otras enfermedades como la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca congestiva, la insuficiencia renal, la claudicación intermitente o la patología cerebrovascular. Se caracteriza por la presencia de niveles elevados de presión sanguínea los cuales aumentan progresivamente con la edad, al tiempo que reducen la esperanza de vida.

La *diabetes* es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza adecuadamente esa insulina. Con el tiempo, la enfermedad puede causar daños, disfunción e insuficiencia de diversos órganos (OMS, 1999). Existen dos tipos de diabetes: tipo 1, se presenta en la niñez o adolescencia y los pacientes requieren inyecciones de insulina toda la vida; tipo 2, aparece en la vida adulta y está relacionada con obesidad, inactividad física y mala alimentación. A largo plazo, produce lesiones oculares, renales y nerviosas, además, aumenta el riesgo de sufrir cardiopatías, accidentes cardiovasculares e insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores.

Teorías del envejecimiento

El proceso de envejecimiento está influido por la herencia, la alimentación, la salud y factores ambientales. Actualmente existen diversas teorías acerca de la razón de este proceso.

- Teoría del envejecimiento programado. Sostiene que el cuerpo de cada especie envejece según su patrón de desarrollo normal, entonces, cada especie tiene su propia expectativa de vida y su propio patrón de senectud el cual está predeterminado y congénito.
- La teoría del desgaste. Considera que el cuerpo envejece a causa del continuo uso y el deterioro es a causa de lo que se ha vivido. Esta teoría sugiere que hay estresores internos y externos que aceleran el proceso de desgaste. Dentro de esta teoría se encuentra una línea enfocada a los efectos nocivos de radicales libres, es decir, formas específicas de oxígeno que se producen en el curso normal de la vida pero posteriormente se vuelven peligrosas pues alteran y deterioran sustancias del cuerpo como el ADN, proteínas y grasas.

2.2 Desarrollo cognitivo

La cognición es entendida como el conjunto de funciones mentales que se utilizan para procesar la información y el conocimiento (Fernández, 2009), para pensar. La memoria y la inteligencia son dos elementos fundamentales en la cognición pues influyen en la resolución de problemas, en el aprendizaje y en la toma de decisiones. Se han realizado una gran cantidad de investigaciones sobre el tema ya que durante esta etapa, muchas personas pierden significativamente la memoria, pero muchas otras continúan estudiando y realizando diversas actividades intelectuales de cierta dificultad.

El deterioro de la memoria asociado con la edad, es bastante común por el hecho de estar vinculado al envejecimiento normal y el incremento en la esperanza de vida. Este deterioro sucede sin una explicación específica, por lo que se ha sugerido que es una característica “normal” al avanzar la edad, sin que se tome como una etapa inicial de demencia u otra enfermedad.

El diagnóstico es relativamente sencillo, debido al cuadro sintomático que lo caracteriza; sin embargo, las diferencias de las alteraciones cognitivas del envejecimiento normal y el patológico son muy ligeras y difíciles de definir ya que la pérdida de la memoria aparece en el envejecimiento y en las demencias pero los patrones clínicos son diferentes en forma y cantidad.

En las demencias el deterioro neuropsicológico es global, abarca a las funciones cerebrales mayores e incluye otros trastornos como afasia, apraxia, agnosia y trastornos del funcionamiento ejecutivo. Para el diagnóstico, los trastornos deben afectar de manera importante a la vida diaria, dándose a veces cambios en la personalidad. Las más comunes son la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular.

Se han mencionado algunos factores de riesgo como el estrés, el hábito de fumar, la hipertensión arterial, la ingestión de bebidas alcohólicas, un antecedente de trauma craneal la enfermedad tiroidea, el uso de drogas. Como factores protectores se encuentra el nivel educativo y las actividades físicas y mentales

2.3 Desarrollo socioemocional

Se cree que a medida que la persona envejece, el ambiente va siendo cada vez más importante, es decir, como las personas mayores generalmente pasan el tiempo en su casa, esta tiene gran importancia, además, como han vivido mucho tiempo en el mismo lugar físico, lo que les provoca tener fuertes vínculos afectivos y cognitivos con el lugar.

Las personas mayores tienen un mayor riesgo de necesitar alguna persona que los asista, de vivir solos, de requerir menores ingresos, de encontrarse aislados socialmente o vivir en casas que requieren cuidados. Las dificultades físicas y cognitivas que comienzan a presentar, condicionan la relación entre las personas y su ambiente. Independientemente de estas complicaciones, se cree que es importante que la persona continúe viviendo en donde siempre ha vivido.

Diversos autores postulan que el funcionamiento emocional se reduce en buena medida durante la vejez. En 1986, Frijda (citado en Fernández, 2009) comenta que las emociones incluyen cuatro componentes: la excitación fisiológica, la experiencia subjetiva de la emoción, la expresión facial y corporal, y el comportamiento.

La excitación fisiológica está ligada a la reactividad autónoma y esta, está vinculada a la reacción biológica de la emoción, la cual disminuye con la edad. Sin embargo, algunos estudios muestran que ante hechos negativos como las pérdidas irreversibles, los mayores reaccionan con mayor tristeza y ansiedad que los jóvenes.

Otro componente de la emoción asociado al envejecimiento es la capacidad de decodificar e interpretar las indicaciones emocionales. Se creería que con el paso de los años, las personas acumulan experiencias que les producen un aumento de la capacidad de comprender las emociones; sin embargo, hay datos que muestran que existe un declive en este aspecto, debido al envejecimiento normal de ciertas áreas del cerebro. La decodificación de las emociones de los rostros y el cuerpo forma parte de esta investigación.

Una característica a analizar es la de la regulación de la emoción. Generalmente es difícil distinguir entre emoción y regulación de la emoción; esta última se refiere a los procesos a través de los cuales las personas, ya sea de manera consciente o inconsciente, modifican su experiencia y conducta emocional o estímulos que provocan las emociones, alcanzando así un estado relativamente agradable. Los adultos mayores suelen utilizar estrategias de afrontamiento para regular sus estados emocionales, así como de estrategias para evitar anticipadamente emociones negativas.

Al hablar de la vejez, generalmente se enfoca en los afectos negativos; sin embargo, el afecto positivo involucra dos características: el afecto agradable y la implicación positiva. El primero tiene que ver con estados afectivos positivos con poca excitación y los sentimientos se centran en uno mismo. La implicación positiva involucra sentimientos con alta excitación y los sentimientos se enfocan al ambiente. Los adultos mayores generalmente tendrán sentimientos de implicación positiva.

2.4 Envejecimiento y discapacidad intelectual

Se debe entender al envejecimiento no como un problema, sino como una situación vital (Loza, 1999), la cual debemos analizar con el fin de adecuar los recursos a las necesidades que presenten las personas. Actualmente la esperanza de vida ha ido en aumento y esto incluye, por supuesto, a las personas con alguna discapacidad. Es cierto que las desventajas durante el proceso de envejecimiento son muchas y con mayor razón si se cuenta con discapacidad, pero a lo largo de los años se han realizado grandes esfuerzos para que la calidad de vida de estas personas sea cada vez mayor.

Debido a que en las personas con discapacidad intelectual se produce una aceleración en el proceso de envejecimiento fisiológico, se ha establecido que la edad de inicio en vez de ser, como en el resto de las personas, a los 60-65 años, será entre los 45-50 años (Millán-Calenti, Meleiro, Quintana, López-Rey, Vázquez de la Parra y López-Sande, 2003). El envejecimiento físico, los cambios biológicos y la necesidad de servicios médicos que presentan las personas mayores a los 65 años son similares a las de las personas con discapacidad intelectual. La diferencia radica más que en la edad, en el retraso que han padecido toda su vida ya que, entre mayor sea el grado de discapacidad, mayor será el deterioro durante el envejecimiento. Algunos estudios mencionan que las diferencias entre la población mayor con y sin discapacidad es con respecto a la autonomía, a la utilización de los servicios y mejora de calidad de vida.

Desde una perspectiva ecológica, Goode (citado en Pérez, 2002) propuso un concepto de calidad de vida en personas mayores con discapacidad basado en la

interacción con su familia, vecinos, amigos, proveedores de servicios, apoyos comunitarios informales y el contexto social en el que se desenvuelve. Dicho modelo es adecuado para analizar los factores físico, social y psicológico que afectan a las vidas de esta población.

Se han realizado estudios en donde se observa que el anciano con discapacidad intelectual está expuesto al mismo tipo de problemas médicos que el resto de la población; sin embargo, hay algunos cuadros patológicos cuya prevalencia es mayor, como lo son los sensoriales u otros que forman parte de la etiología específica de la discapacidad. Un aspecto que complica la situación es el contexto en que aparece y se desarrolla la enfermedad, pues no resulta sencillo realizar el diagnóstico y una vez hecho, el tratamiento puede tener ciertas peculiaridades con respecto a la discapacidad (Flórez, 1999).

Las personas con deficiencia grave o profunda presentan con frecuencia otras alteraciones del sistema nervioso central, como son la discapacidad sensorial en forma de sordera o ceguera, las graves disfunciones motrices y físicas de la parálisis cerebral de los estados convulsivos (Flórez, 1999).

En cuanto a la salud mental, la mayoría de los estudios encuentran que, en comparación con la población general, es más común que las personas con discapacidad intelectual presenten trastornos mentales y de comportamiento en todas las etapas de su vida. Dichos trastornos afectan negativamente el funcionamiento general y la calidad de vida, pues las personas tienen una gran dificultad de procesar la información de lo que sucede. Buena parte de la calidad de

vida de los ancianos con discapacidad intelectual depende de la calidad de educación que se les haya proporcionado durante su juventud y adultez, algo que Flórez (1999) denominó “envejecimiento a la carta”.

Uno de los problemas del envejecimiento es la demencia y en las personas con discapacidad intelectual se agrava un poco más, pues se asienta sobre una base más débil y menos estructurada y afecta, no sólo las cualidades cognitivas, sino también la personalidad y la conducta (Flórez, 1999). El diagnóstico de demencia en este tipo de población es complicado, pues se basa principalmente en las entrevistas con el cuidador quien debe detectar los cambios en la memoria, en el juicio y razonamiento, la orientación en tiempo y espacio y el control emocional, y estos a su vez deberán compararse con los cambios que se presentan en un envejecimiento normal. El diagnóstico diferencial será también importante, pues hay enfermedades que tienen síntomas parecidos, como la depresión, las alteraciones metabólicas y hormonales, trastornos graves del sueño, o alguna intoxicación por fármacos.

El fallecimiento de los padres supone un cambio importante en la vida de las personas con discapacidad intelectual, ya que son ellos los que mayoritariamente asumen los cuidados que requiere la persona con discapacidad. En caso de tener hermanos, generalmente se van independizando, y la persona con discapacidad se va quedando poco a poco sola en el domicilio. La edad media de los padres los coloca en un contexto donde personas mayores cuidan a personas mayores, por lo que la situación se complica, pues cada vez más ambos necesitan atención y servicios que no podrán cubrir de manera satisfactoria.

Anteriormente se creía que las personas con discapacidad intelectual no serían capaces de sentir el duelo por el fallecimiento de sus padres; sin embargo, presentaban cambios emocionales que incluyen tristeza, enojo o ansiedad, y trastornos en la conducta tales como hiperactividad, irritabilidad o letargia (Verdugo, 2000). Las limitaciones cognitivas y problemas de comunicación de las personas con discapacidad intelectual, hacen que se les dificulte expresar los pensamientos y sentimientos ante la pérdida, para así saber el grado de afección que presentan, pero ahora es bien sabido que el duelo puede precipitar en estas personas trastornos psiquiátricos como son la depresión, la manía o la psicosis y es por eso que los cuidadores deben prestar atención en los cambios que presente la persona afectada. Muchos cuidadores intentan proteger a la persona no hablando del tema pero a la larga puede afectar más (Verdugo, 2000), por lo que se sugiere comentar siempre el tema.

Es necesario que tanto las personas con discapacidad intelectual como sus cuidadores, conozcan y apliquen prácticas saludables de nutrición, higiene, reducción en el abuso de sustancias, sexualidad, entre otras. Además, deben prestar atención a signos y síntomas de enfermedades físicas y mentales, pues estas son habilidades importantes de prevención y tratamiento que servirán para tener una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO 3

CALIDAD DE VIDA

3.1 Concepto

El concepto de calidad de vida es relativamente antiguo; sin embargo, recientemente se ha intentado definir de manera más precisa. Históricamente han existido dos constructos básicos del concepto: el primero lo considera una unidad integral y el segundo como un conjunto de unidades componentes derivados de la estructura social y el medio ambiente en general (Torres y Sanhueza 2006).

En 1992, Borthwick-Duffy (citado en Torres y Sanhueza, 2006) diferenció los siguientes tres modelos distintos de conceptualizaciones en calidad de vida:

- a) La calidad de las condiciones de vida de una persona,
- b) La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales,
- c) La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.

Posteriormente, Felece y Perry (citados por Caballo, Buena-Casal, y Sierra, 1996) añadieron un cuarto modelo en el cual se combinan los componentes objetivos y los subjetivos en función de una escala de importancia para la persona, medida por su escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002 define la calidad de vida como:

“La percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.”

Para la OMS, se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como la relación con los elementos esenciales de su entorno.

Existen modelos teóricos sobre la calidad de vida, el siguiente modelo establecido por Sergio Trujillo, Claudia Tovar y Martha Lozano en el año 2003, está basado en un modelo contextual dialéctico del desarrollo, como el del Ciclo Vital. En dicho modelo se sugiere considerar al menos los siguientes tres ejes temáticos:

- a) Persona – Sociedad. De la relación entre ellos surgen diversos tipos de individuos o grupos sociales como son: la familia, la escuela, los vecinos, la ciudad, entre muchos más. En este eje, son específicamente las personas las que pueden modificar o conservar su estilo de vida, de acuerdo con la sociedad en la que están inmersos. Entonces, se pueden reconocer los estilos de vida de las personas así como las condiciones en las cuales vive.

- b) Objetivo – Subjetivo. Debido a que, en el día a día, hay aspectos tanto cuantificables como cualificables, por medio de este eje podremos saber cómo el efecto de una misma realidad objetiva particular en el bienestar,

puede ser valorada de diferentes formas por las personas de acuerdo con la perspectiva de cada uno. Para Brock (1993, citado en Trujillo, Tovar y Lozano, 2003) lo que caracteriza al juicio subjetivo es que los juicios de valor concernientes a la persona y su condición respecto a hechos materiales y psicológicos, corresponden al mismo individuo acerca de cómo éstos afectan su propia calidad de vida. El carácter objetivo estará dado por categorías cuantificables como la salud, vivienda, educación, estabilidad laboral, ingreso económico, entre otras.

- c) Biografía – Historia. En este eje se distingue, por una parte, una historia compartida con un colectivo y una historia individual, para entonces distinguir los aspectos heredados, los aspectos aprendidos y los de decisión propia. Es en este eje donde se puede incluir lo que acontece en el curso de la vida y qué es lo que las personas hacen con lo acontecido. Por lo tanto, se entiende que en este aspecto la calidad de vida cambia en función de los aspectos heredados, los aprendidos y la posibilidad de responder a ellos libremente.

Al ubicar las coordenadas entre los tres ejes propuestos, se pueden formular preguntas e hipótesis de investigación específicas en aspectos puntuales pero complejos de la calidad de vida durante el desarrollo, que poco a poco se podrán relacionar con otras coordenadas, construyendo una teoría psicológica de la calidad vital (Trujillo, Tovar y Lozano, 2003).

En el desarrollo de este documento, tomaremos como referencia la definición que presentan Schalock y Verdugo (2007):

“Calidad de Vida es un estado deseado de bienestar personal que: a) es multidimensional; b) tiene propiedades éticas (universales) y émicas (ligadas a la cultura); c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y d) está influenciada por factores personales y ambientales”.

Schalock (citado en Lozano, Tovar y Trujillo, 2003) considera a la calidad de vida como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Él propuso un modelo multidimensional basado en la teoría de sistemas y con una propuesta de pluralismo metodológico en su medición. Se propone que las dimensiones se estructuren dentro de un micro sistema (aspectos personales), mesosistema (funcionales del ambiente) o el macrosistema (indicadores sociales). El pluralismo metodológico se refiere, tanto a la evaluación como a la investigación, deben contener procedimientos cuantitativos y cualitativos. Más adelante, Verdugo y Schalock continuaron investigando y extrajeron los 24 indicadores más utilizados por la investigación, con los que se han construido diferentes cuestionarios.

Las necesidades propuestas por Schalock en 2007 son:

- **Bienestar emocional.** Caracterizado por la estabilidad, sentimiento de seguridad, autoestima y satisfacción personal.
- **Relaciones interpersonales.** Se refiere al nivel sociofamiliar en el cual se desarrolla el individuo.

- **Bienestar material.** Referente a la posesión de artículos que proporcionen seguridad y comodidad, como lo es una casa o un empleo.
- **Desarrollo personal.** Se refiere a que la persona logre desarrollar las habilidades que le permitan posteriormente adquirir mayor autonomía.
- **Bienestar físico.** Tiene que ver, por un lado, con los hábitos de higiene y autocuidado y, por otro, se refiere a la accesibilidad a los servicios de salud necesarias.
- **Autodeterminación.** Se refiere a la capacidad de elección, decisión y autodirección.
- **Inclusión social.** Integración y participación dentro de la sociedad.
- **Derechos.** Reconocimiento de los derechos humanos y legales.

Desde esta perspectiva, la calidad de vida se configura a través de lo que ha venido denominando “vida independiente”, la cual implica dos cuestiones: autodeterminación y autogobierno. Ambos conceptos son distintos pero complementarios, pues el primero se refiere a la toma de decisiones y el segundo a la elección. La autodeterminación se observa cuando una persona con discapacidad tiene la capacidad de tomar decisiones que afectan su vida por él mismo. Para garantizar el ejercicio del derecho de autodeterminación, se deben proporcionar oportunidades para adquirir habilidades y posibilidades reales de utilizar esas habilidades en todos los aspectos de la vida, con los apoyos apropiados, durante un periodo sostenido de tiempo, el funcionamiento vital de la persona generalmente mejora.

Se ha observado que para fomentar la autodeterminación, a fin de mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad durante el envejecimiento, estos desempeñan con rol activo en sus comunidades y se sienten más satisfechos consigo mismos cuando estas se dirigen hacia una vida independiente.

Debido a que la calidad de vida está determinada en función a las personas que los rodean, entonces, se deben fomentar experiencias significativas positivas que promuevan sentimientos de autonomía, logro y respeto. Actualmente, se desarrolló un modelo de calidad de vida llamado "Quality Revolution", que enfatiza el control de la calidad y el logro de resultados valiosos para la persona.

Schalock y Verdugo (2003), han configurado una jerarquía de calidad de vida en función de los procesos de autodeterminación de las personas con necesidades de apoyo importantes (Figura 1).

Se han elaborado diversos cuestionarios para valorar la calidad de vida, uno de los más importantes es el Cuestionario de Calidad de Vida, desarrollado en 1993 por Schalock y Keith. Consiste en evaluar la percepción subjetiva de la calidad de vida y está dividido en cuatro subescalas: satisfacción, competencia/productividad, autodeterminación/independencia y pertenencia social/integración en la comunidad.

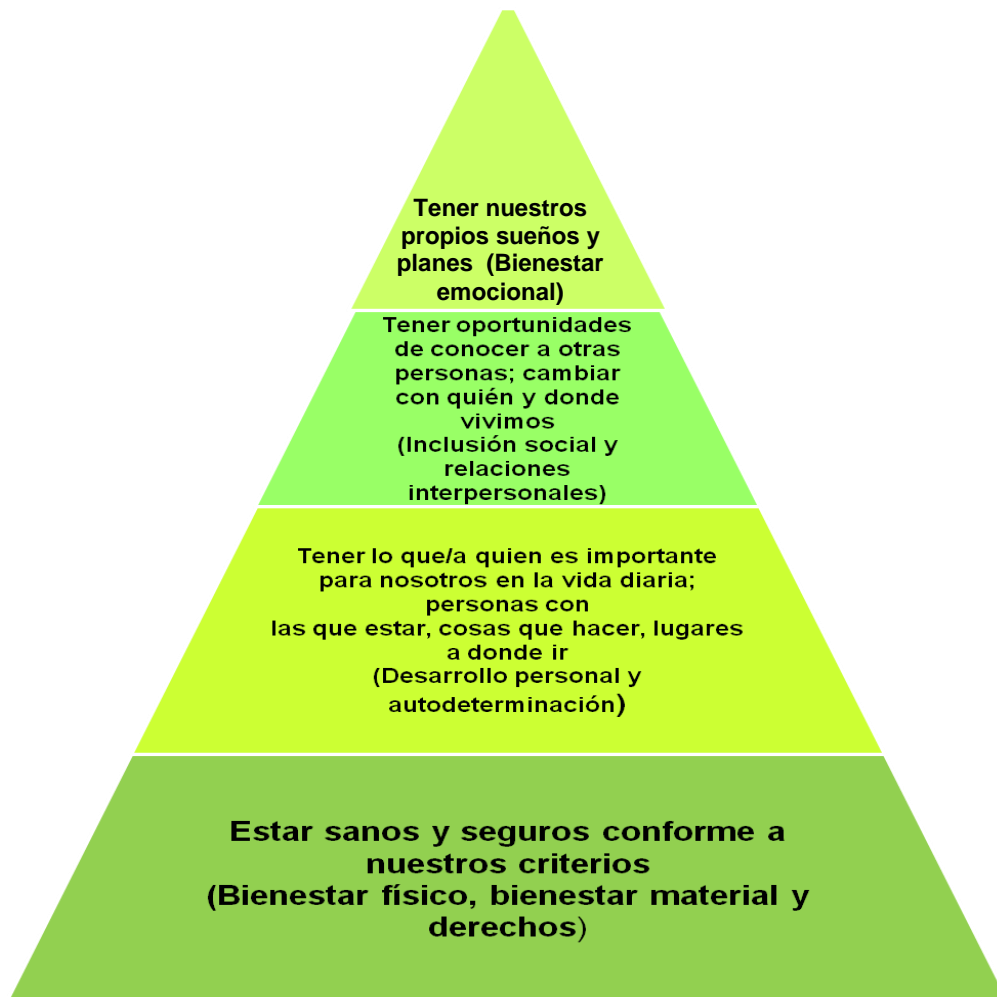


Figura 1 Jerarquía de calidad de vida en personas con discapacidad intelectual propuesta por Schalock y Verdugo. Tomada de Berjano y García, (2010).

3.2 Salud - enfermedad

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), es un concepto importante en la investigación actual, en donde se intenta entrelazar el concepto de Salud y el de Calidad de Vida. I. Brown, Renwick y Nagler, en 1996 (citado en Schalock y Verdugo, 2002), afirmaron que la calidad de vida está estrechamente relacionada con la salud, una buena salud es indicador universal de calidad de vida y, tener una buena vida, generalmente significa que también será una persona más saludable.

Como población, las personas con discapacidad intelectual presentan un peor estado de salud que las personas sin discapacidad, y, entre más grave sea la discapacidad, se agravará de igual manera el estado de salud. Frecuentemente el origen de la discapacidad es una enfermedad genética o pediátrica que condiciona a la aparición de un síndrome clínico complejo.

En primer lugar hablaremos acerca de la esperanza de vida; como mencionamos al inicio de este escrito, debido a la mejora en los servicios de salud, la esperanza de vida ha ido en aumento día con día y esto incluye a las personas con DI. En un estudio realizado por Bittles en 2002 (citado en Cuadrado, 2010), se encontró que la media de esperanza de vida de personas con discapacidad intelectual leve es 74 años, para la discapacidad intelectual moderada es 67 años y para la profunda 58 años.

3.2.1 Trastornos físicos

Los trastornos físicos con mayor prevalencia en la discapacidad intelectual son los siguientes:

Alteraciones en la movilidad.

Estos se relacionan con el origen de la discapacidad intelectual, como por ejemplo: la parálisis cerebral, la discapacidad asociada al Sistema Nervioso Central; o por enfermedades neurológicas progresivas, cegueras corticales o cataratas congénitas.

De igual manera, son frecuentes las alteraciones del tono muscular, las disquinesias o los problemas ortopédicos y osteoarticulares. A estas causas se unen otras, relacionadas con la edad, como la patología articular y la osteoporosis.

Las alteraciones en la movilidad provocan o agravan otros trastornos físicos frecuentes en la vejez, como el estreñimiento crónico, el reflujo gastroesofágico, el deterioro de la función corporal, la enfermedad coronaria o la incontinencia, así como úlceras o deficiencias nutricionales.

Trastornos cardio y cerebro-vasculares.

Las enfermedades cerebro-vasculares son aquellas en las que una parte del cerebro está afectada por isquemia o sangrado transitoria o permanentemente.

La enfermedad cardíaca no isquémica tiene una mayor prevalencia en discapacidades como el Síndrome de Down o el Síndrome de X frágil, que suelen asociar soplos, bradicardia o prolapso de la válvula mitral, entre otros.

Trastornos neurológicos

Algunas personas con alteraciones en el desarrollo neurológico se relacionan con enfermedades neurológicas.

Específicamente sobre las personas con discapacidad intelectual y epilepsia, tienen altos riesgos de daños cognitivos y fracturas. Los trastornos del

movimiento, como la enfermedad de Parkinson, las estereotipias, temblores, tics o rigidez, son frecuentes en personas con discapacidad intelectual.

En cuanto a las demencias, la incidencia es similar a la de personas sin discapacidad; sin embargo, existe una elevada frecuencia de síntomas depresivos y de delirio.

Patología respiratoria

La neumonía por aspiración es una importante causa de morbilidad y mortalidad en personas con enfermedades neurológicas, origen muchas de ellas de la discapacidad intelectual.

Patología gastrointestinal

Como anteriormente se mencionó, estos problemas se originan por la dificultad de movilidad que tienen las personas con discapacidad. Algunas de estas son: estreñimiento, reflujo gástrico y anomalías nutricionales.

Alteraciones sensoriales

La tasa de problemas sensoriales en personas con discapacidad intelectual es muy alta. La hipoacusia y los trastornos oculares se asocian a toxoplasmosis intrauterina, infecciones por citomegalovirus o el síndrome fetal alcohólico; las personas con parálisis cerebral suelen presentar problemas visuales y estrabismo; la epilepsia también es muy frecuente y, de no tratarse adecuadamente, puede ocasionar problemas visuales.

Alteraciones urológicas

Entre estas alteraciones se encuentran la infección urinaria y la incontinencia, la cual es más frecuente en las personas con discapacidad intelectual grave.

Alteraciones endocrinas

Existe una alta probabilidad de que las personas con discapacidad intelectual padezcan enfermedades tiroideas. La prevalencia de la diabetes es similar al resto de la población; sin embargo, la obesidad si es mayor debido a las dificultades de movilidad.

Las mujeres con discapacidad intelectual pueden presentar menopausia precoz, es decir, una disminución de estrógenos.

Problemas bucodentales

Estos problemas son muy frecuentes en personas con discapacidad intelectual debido a factores relacionados con la causa de la discapacidad, además de otros problemas como ausencia de piezas dentarias, dientes supernumerarios, mal oclusión, malformaciones en el paladar, además de erosiones dentales debido al reflujo gastroesofágico y desórdenes gástricos.

Influyen también los malos hábitos alimenticios y los fármacos que se toman a diario.

Desde el punto de vista de Schalock, los indicadores de un bienestar físico son los siguientes:

Tabla 5. Indicadores de Bienestar físico propuesto por Schalock y Verdugo

Dimensión	Indicadores
Bienestar físico	SALUD <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento y estado físico • Síntomas de enfermedad (progresión, gravedad, frecuencia) • Satisfacción con la salud/tratamiento • Percepción general de salud • Apariencia física percibida (satisfacción con el propio aspecto) • Malestar físico
	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA <ul style="list-style-type: none"> • Actividades diarias usuales (comida, movilidad, aseo, vestido) • Actividades al aire libre, exteriores (actividad física: caminar, bicicleta, etc.) e interiores (tareas de la casa, televisión, etc.)
	ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción y disfrute del ocio • Actividades recreativas, hobbies, pasatiempos
	MOVILIDAD <ul style="list-style-type: none"> • Movimiento (desplazamiento) • Transporte
	NUTRICIÓN
	ATENCIÓN SANITARIA Disponibilidad, efectividad y satisfacción
	BIENESTAR FÍSICO (GLOBAL)

Tomada de Schalock y Verdugo, (2002).

3.2.2 Trastornos mentales y comportamentales

En cuanto a la salud mental, generalmente se pensaba que las causas de los trastornos mentales en personas con discapacidad eran similares a las de los individuos sin discapacidad; sin embargo, se ha encontrado que quienes padecen discapacidad intelectual moderada y grave, la presencia de trastornos mentales es mayor y aparecen en forma de alteraciones de la conducta, señales físicas y quejas (Novell, Rueda, Salvador, Forgas, 2003). No existe una causa única de los trastornos, pues son resultado de la interacción de diversos factores y mecanismos.

Dichos factores se pueden dividir en tres rubros:

Factores biológicos:

- Las alteraciones que tenga la persona en la función cerebral, pueden predisponer el desarrollo de discapacidad intelectual,
- Los fenotipos comportamentales se asocian a alteraciones en la conducta,
- La epilepsia está presente en muchas personas con discapacidad intelectual y está asociada a problemas mentales y alteraciones en la conducta,
- Algunos trastornos endocrinos y metabólicos también están asociados,
- La interacción entre el entorno y algunas discapacidades físicas pueden provocar, de manera indirecta, algunos trastornos mentales.
- La medicación también puede afectar al comportamiento.

Factores psicológicos:

- Déficit intelectual y de memoria,
- Alteración del juicio y falta de iniciativa,
- Baja autoestima,
- Problemas de aprendizaje,
- Poca tolerancia a la frustración y el estrés,
- Escasos mecanismos de defensa,
- Dificultades para la solución de problemas,
- La propia patología puede tener algunas secuelas como la imagen corporal, problemas de movilidad, comunicación, lenguaje, déficit sensoriales, visuales y auditivos, entre otros,
- Dificultad en las relaciones sociales.

Factores ambientales

- Problemas con los familiares, cuidadores o personas de su entorno,
- Falta de apoyo emocional,
- Abuso sexual o psicológico,
- Acontecimientos mayores y menores como el duelo, pérdidas o enfermedades de seres cercanos, o cambio en el entorno en el que se encuentran,
- Dificultad en el acceso a servicios en la comunidad,
- Problemas para integrarse a la vida laboral,
- Estigmatización o rechazo de la sociedad.

Los trastornos mentales suelen ser los mismos que puede presentar una persona sin discapacidad, la diferencia radicaré en la dificultad para identificar dichos trastornos. Algunos ejemplos son: esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo (depresión, episodios maníacos), trastorno de ansiedad, obsesivo-compulsivo, del sueño, de la personalidad, relacionado con las funciones cognitivas, confusionales o asociados al consumo de tóxicos.

Las “alteraciones en la conducta” son otro aspecto dentro de la salud-enfermedad mental, este término es un poco difuso pues se llega a confundir con trastorno mental, alguna conducta asociada a factores sociales, o viceversa. Para que se presente alguna alteración en la conducta se verán involucrados factores neurológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, si una persona es agresiva, puede deberse a un malestar por alguna enfermedad médica, por un malestar emocional o por la incapacidad que siente ante el entorno, la problemática se verá

reflejada en el diagnóstico, pues si acude con un psiquiatra, entonces es probable que interprete la agresividad como un signo de psicosis y le recete algo para controlarlo y, si acude con un terapeuta conductual hará alguna estrategia de castigo para obtener el mismo resultado.

Una “conducta problema” es el conjunto de conductas aprendidas en función de sus parámetros topográficos (intensidad, frecuencia, duración) y de su impacto sobre la persona y la sociedad. Esta conducta genera una limitación significativa en la participación social, o pone en riesgo la integridad física propia o la de los demás (Emerson 1995, citado en Pablo-Blanco y Rodríguez, 2010). Estas alteraciones del comportamiento son respuestas de adaptación al entorno de la persona.

Según el Inventario CAP (Child Abuse Potential), utilizado para medir el potencial de maltrato infantil, existe una gran variedad de síntomas que se pueden presentar como consecuencia del maltrato, siendo los más frecuentes la aparición de problemas “interiorizados” (ansiedad, depresión, síntomas disociativos o los relacionados con el estrés post-traumático) y “exteriorizados” (problemas sexuales, agresividad o realización de conductas antisociales). La mayor o menor prevalencia de unos u otros dependerá del tipo y gravedad del maltrato, la valoración subjetiva que el sujeto realice las estrategias de afrontamiento y el apoyo social.

La mayoría de los autores consideran dos tipologías en las alteraciones de la conducta: disociales y no disociales. Las primeras se relacionan con comportamientos que implican un peligro para la propia persona o para su entorno, por ejemplo, comportamientos como golpear a otros o destruir objetos. Las

conductas no disociales se relacionan con comportamientos que limitan su aprendizaje e integración con la sociedad, como por ejemplo, la pasividad o el negativismo.

La utilización de fármacos en personas con discapacidad intelectual está enfocada a la supresión de síntomas no específicos, pues no siempre se sabe la causa real del síntoma ni se estudia todo el ambiente que lo rodea.

3.3 Familia

Debido al gran peso que tiene este aspecto, lo retomamos en un rubro aparte, pues todo lo que le sucede a la persona con discapacidad, afecta directamente a su familia y viceversa; es por eso que actualmente se toma en cuenta a la familia como parte de los tratamientos que se le proporcionan a dichas personas. Para poder hablar de calidad de vida dentro de la familia, se debe analizar el impacto que tiene la discapacidad de uno de sus miembros sobre toda la familia y el rol que las familias deben desempeñar para que la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual sea lo mejor posible.

Todos los padres reaccionan de manera distinta ante la noticia de que su hijo tiene alguna discapacidad, principalmente con conmoción y tristeza, y se distinguen tres razones por las cuales sucede esto: 1) la crisis de lo inesperado, debido a que es un cambio dentro de la familia que no se tenía previsto; 2) crisis de los valores o sueños personales, pues a veces los padres se ven “obligados” a querer a una persona cuyos rasgos no eran los esperados o deseados; 3) depresión ante la

realidad, se presentan problemas que antes no tenían. Un aspecto claramente relacionado con el modo en que los padres aceptan a su hijo, es el conocimiento de la discapacidad que padecen, así como la estabilidad o separación de la pareja (Ingalls, 1982).

La crisis de lo inesperado, por lo general dura poco tiempo, pues una vez que la madre se repone del impacto inicial, empieza a sentir muchas tensiones. La crisis de valores sobreviene porque la madre se encuentra repentinamente en una situación de valores conflictivos. La madre vive en un ambiente social en el que sobresale la idea de que tiene que amar, acariciar, proteger a su bebe sin importar sus características físicas y psicológicas (Nagore 2000, citado en Tapia y Casiano, 2014).

También existe el duelo psicológico de la madre por la pérdida del hijo ideal. Esta pérdida generalmente se asocia a la muerte, pero se puede dar duelo sin que se presente esta (como tras la ruptura de una relación). El cambio repentino y trascendente que causa en la vida de la madre el tener un hijo con discapacidad intelectual, cambia su concepto de sí misma y del futuro, esto conlleva a la madre a un proceso de duelo, el cual puede o no ser superado a partir de las expectativas. (Tapia y Casiano, 2014).

Es común que se culpe a los padres de la discapacidad de los hijos, esta creencia, y el rol de los padres hace daño a las familias y a la persona con discapacidad y perjudican el desarrollo de actividades con los profesionales y las organizaciones. Por el contrario, ha habido padres que al percatarse de lo complicada que podría ser

la relación con sus hijos y no encontrar el apoyo necesario por parte de las instituciones, comenzaron a promover organizaciones para atender a sus hijos.

La forma en como los padres reaccionen y confronten la situación será vital para un adecuado desarrollo de la persona con discapacidad. Algunos de los factores que condicionan las actitudes de las familias pueden ser:

A) Factores subjetivos de los padres

- Repulsa. Expresada por medio de agresividad verbal y un deseo de internar o deshacerse del hijo, puede ser debido a dificultades materiales o psicológicas que la persona requiere y la familia no puede proporcionar;
- Culpabilidad. Puede ocurrir ya sea por comentarios o información errónea escuchada en la comunidad, o por una mala interpretación por parte de los médicos;
- Frustración. Los padres deben ser apoyados por psicólogos, médicos o asistentes sociales para dar la mejor solución para promover el equilibrio familiar;
- Carencia de expectativas. El futuro de la persona con discapacidad parecería no tener las mismas opciones que una persona sin discapacidad;
- Indiferencia. Manifestada muchas veces desde el momento del diagnóstico;
- Negatividad. Un modo de defensa consiste en negar la gravedad de la situación, no proporcionando la atención necesaria;
- Heteroagresividad. Otro medio de defensa eficaz sobre todo contra la angustia debido a la culpabilidad;

- Autoagresividad. Estos padres desarrollan frecuentemente comportamientos de hiperprotección.

B) Factores objetivos

- La etiología de la deficiencia,
- La morfología,
- Los trastornos asociados. Por ejemplo los del carácter, las estructuras psicóticas, el nivel intelectual, la epilepsia o las malformaciones.

C) Factores sociales

- Nivel socioeconómico,
- Prejuicios sociales,
- Actitudes de los miembros de la familia.

Para el estudio de las actitudes de la familia hacia la persona con discapacidad es útil basarse en el concepto del Ciclo Vital, de esa manera se pueden predecir ciertos patrones de desarrollo de la familia. La etapa inicial es cuando la pareja se casa o deciden vivir juntos, pues de la fortaleza de la relación dependerá el afrontamiento de las dificultades, en la etapa de espera del hijo es donde se plantea la posibilidad de que el niño pueda tener alguna discapacidad, en el nacimiento del niño se presentan las conductas mencionadas anteriormente. En la edad preescolar cambia un poco la dinámica, pues es cuando descubren las dificultades que tiene el niño y comienza la búsqueda de programas de intervención; en la edad escolar crecen las relaciones extra familiares. La etapa de adolescencia es importante pues los padres ven que el cuerpo de su hijo cambia, pero no al mismo ritmo que su desarrollo

mental, emocional y social, y asumen que su hijo dependerá económicamente de ellos toda su vida. Durante la mayoría de edad, la mayor preocupación consiste en el futuro profesional u ocupacional de su hijo, que la mayoría de las veces no es el esperado y por lo tanto la etapa en donde se abandona el hogar es prácticamente inexistente. Finalmente, comienza la vejez de los padres, en donde se deberá resolver qué pasará con su hijo en el momento de la muerte de los progenitores.

El impacto de los hermanos dentro de la familia es interesante, pues se sabe que sus actitudes son el reflejo de las reacciones de los padres, además, cuando se da una buena relación entre los padres y el hijo con discapacidad, no suelen existir problemas con los hermanos. En algunos casos se les exige a los hermanos el cuidado del hijo con discapacidad, esto puede ser únicamente en la infancia o bien en la vejez de los padres.

Verdugo (2000), menciona que el papel de los profesionales encargados de las personas con discapacidad será proporcionar el apoyo e información a los miembros de la familia para lograr así una colaboración positiva entre ambos. Para lograr una mejor calidad de vida dentro de la familia y tener un servicio y apoyo eficaz, es indispensable la participación activa de todos los miembros.

3.4 Necesidades de apoyo para mejorar calidad de vida

Debido a las diversas dificultades que las personas con discapacidad intelectual presentan de manera individual y en su relación con el entorno, diferentes investigaciones han detectado la necesidad que existe de contar con apoyos para

mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual, esto debido a que disminuye la discrepancia existente entre las habilidades de cada persona y las demandas exigidas por el entorno. Thompson (2010, citado por Guillen, Verdugo, Arias, Navas y Vicente) define los apoyos como una estrategia para mejorar el funcionamiento humano y afirma que los resultados de obtener los apoyos adecuados pueden incluir más independencia, mejores relaciones personales, mayores oportunidades para contribuir a la sociedad, un aumento de la participación en contextos y actividades comunitarias, y un mayor sentido de bienestar personal o satisfacción vital.

Retomando la definición de Schalock y Verdugo sobre calidad de vida (Guillen, Verdugo, Arias, Navas, y Vicente, 2012), en donde ésta se caracteriza por ser multidisciplinaria, con propiedades éticas, componentes objetivos y subjetivos, y está influenciada por factores personales y ambientales, estos autores consideran que los apoyos que se les proporciona a las personas con discapacidad intelectual deben ser:

- Centrados en la persona (intereses de la persona, sus preferencias, necesidades...);
- Receptivos (diálogos entre la persona y los participantes en el plan de apoyo);
- Flexibles a lo largo de la vida;
- Activos (que pongan en igualdad de condiciones las oportunidades con los conciudadanos, habiliten a la persona, generen inclusión social efectiva e incrementen la participación de la comunidad y la sociedad);

- Basados en datos (basados en las necesidades de apoyos y evaluados de acuerdo con los resultados personales).

Es decir, si buscamos mejorar la calidad de vida de una persona con discapacidad intelectual, debemos enfocarnos en el apoyo específico que se le va a dar a esa persona y buscar siempre que el apoyo que se le brinda, dé como resultado una mejora en el funcionamiento humano y/o en los resultados personales.

Schalock, Luckasson y Thompson, en sus escritos, consideran que los principales factores que determinan las necesidades de apoyo en personas con discapacidad intelectual son:

- Competencia Personal (Social, Práctica, Conceptual y Física),
- Número y complejidad de los entornos,
- Necesidades excepcionales de apoyo conductual,
- Necesidades excepcionales de apoyo médico,
- Número y complejidad de las actividades vitales.

3.5 Modelos para mejorar la calidad de vida

Como se ha descrito con anterioridad, la calidad de vida es un concepto cuya importancia ha aumentado considerablemente, pues abarca diversos aspectos de la vida de una persona. A continuación se describirán cuatro modelos distintos, los cuales tienen como objetivo en común mejorar la calidad de vida de las personas y lo logran a través de diferentes procesos, estos son: 1.- Habilidades para la vida; 2.- Teaching family; 3.- Musicoterapia; y 4.- Danzaterapia.

3.5.1 Habilidades para la vida

Iniciativa internacional promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1993, con el objetivo de que niñas, niños y jóvenes adquieran herramientas psicosociales que les permitan acceder a estilos de vida saludables (Montoya y Muñoz, 2009).

Diversos organismos internacionales, entre los que se encuentran la OMS y la UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), coinciden en considerar este modelo como una estrategia efectiva a la hora de desarrollar en su población destinataria competencias personales y sociales que mejoren sus destrezas para desarrollar una vida autónoma y saludable, y les hagan menos vulnerables a involucrarse en conductas de riesgo (EDEX).

Dicho modelo surge con el fin de prevenir los problemas sociales de la actualidad (abuso de drogas, problemas de convivencia, comportamiento disocial, sexualidad de riesgo, entre otras). Son los cimientos sobre los que se construye la competencia social, descrita por la OMS como “habilidad de una persona para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafíos de la vida diaria”.

El modelo de educación en habilidades para la vida se configura como eje de una escuela inclusiva, en la medida en que ayuda a promover comportamientos positivos y a prevenir conductas de riesgo (EDEX).

10 Habilidades definidas por EDEX

1. Autoconocimiento. Reconocimiento de nuestra personalidad, características, idiosincrasia, fortalezas, debilidades, aspiraciones, expectativas, etcétera.
2. Empatía. Capacidad para ponerse en el lugar de otra persona y desde esa posición captar sus sentimientos.
3. Comunicación efectiva o asertiva. Habilidad para expresarse de manera apropiada al contexto relacional y social en el que se vive.
4. Relaciones interpersonales. Competencia para interactuar positivamente con las demás personas.
5. Toma de decisiones. Capacidad para construir racionalmente las decisiones cotidianas de nuestra vida.
6. Solución de problemas y conflictos. Destreza para afrontar constructivamente las exigencias de la vida cotidiana.
7. Pensamiento creativo. Utilización de los procesos de pensamiento para buscar respuestas innovadoras a los diversos desafíos vitales.
8. Pensamiento crítico. Capacidad para analizar con objetividad experiencias e información, sin asumir pasivamente criterios ajenos.
9. Manejo de emociones y sentimientos. Reconocimiento y gestión positiva de nuestro mundo emocional.
10. Manejo de la tensión y el estrés. Capacidad para reconocer nuestras fuentes de tensión y actuar positivamente para su control.

Dichas habilidades se desarrollan en tres dimensiones distintas:

- Aprender a pensar: es la dimensión racional, aplicada a la búsqueda de soluciones a los conflictos sociales, a la que contribuyen el autoconocimiento, el pensamiento crítico, el pensamiento creativo, la competencia para tomar decisiones y la capacidad para solucionar problemas.
- Aprender a sentir: la vertiente emocional del ser humano que ha ido adquiriendo en los últimos tiempos creciente protagonismo, y que se ve fortalecida por el control emocional y el manejo de las emociones y el estrés.
- Aprender a relacionarse: el ser humano es un ser relacional, que se constituye como tal a partir de los grupos y otros ecosistemas humanos en los que se socializa; proceso al que contribuyen la empatía, la comunicación asertiva y la capacidad para establecer relaciones sociales adecuadas.

Fundamentos teóricos

Dicho enfoque está basado en distintas disciplinas y áreas de conocimiento relacionadas con el desarrollo humano, el comportamiento y el aprendizaje, entre otras. Algunos ejemplos son:

1. La teoría del aprendizaje social. Está basada en los trabajos de Bandura (1982). Este autor concluyó que los niños aprenden a comportarse, tanto por medio de la instrucción como de la observación.
2. La teoría de la influencia social. Basada en el trabajo de Bandura y en la teoría de la inoculación psicosocial. Desde aquí se reconoce que los niños y adolescentes bajo presión, se involucrarán en conductas de riesgo.

3. La solución cognitiva de problemas. Basada en la teoría de que la enseñanza de habilidades interpersonales de solución cognitiva del problema en niños a temprana edad puede reducir y prevenir conductas negativas.
4. La teoría de las inteligencias múltiples. De Howard Gardner, la cual postula que todos los seres humanos nacen con ocho inteligencias, pero que se desarrollan en grados distintos, según las diferencias individuales y que al desarrollar habilidades o resolver problemas, los individuos usan sus inteligencias de formas diferentes.
5. Teoría de la resiliencia y riesgo de Bernard. Trata de explicar por qué algunas personas responden mejor al estrés y la adversidad que otras.
6. Psicología constructivista. Las teorías de Piaget y Vygotsky sugieren que el desarrollo cognitivo está centrado en el individuo y sus interacciones sociales.
7. Teoría del desarrollo infantil y adolescente. (teorías sobre desarrollo humano). Los cambios biológicos, sociales y cognitivos que ocurren desde la infancia hasta la adolescencia constituyen la base de la mayoría de las teorías sobre desarrollo humano.

3.5.2 Teaching family

A finales de la década de 1960, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, proporcionó un financiamiento para llevar a cabo una investigación realizada por psicólogos del comportamiento en la Universidad de Kansas. La investigación definió un modelo residencial de tratamiento que hoy se conoce como "Teaching Family Model" o "Modelo de la Familia enseñante", el cual sentó las bases para muchas modalidades de tratamiento cognitivo y del comportamiento.

Derivado de lo anterior, la Asociación Internacional “Teaching Family” surgió en 1967 y ha crecido por la demanda de replicar el modelo de tratamiento. El modelo se utiliza para familias, niños abusados emocional y sexualmente, jóvenes delincuentes, niños y adultos emocionalmente perturbados, personas con trastorno autista, niños con algún problema médico y adultos con discapacidades.

Es un enfoque organizado y totalmente integrado que proporciona un tratamiento humano, efectivo, e individualizado, suministrando el servicio a personas de manera individual, a familias y a niños. A través de la investigación y la práctica clínica, surgió dicho modelo de tratamiento el cual es rentable, replicable y altamente eficaz. (Teaching-Family Association).

Un elemento esencial en este modelo, es que, tanto la atención, como el tratamiento, se basan en la relación terapéutica con los practicantes, siendo este el conducto principal para un tratamiento efectivo. Las relaciones familiares se consideran esenciales para el desarrollo saludable, la interacción social y las habilidades personales.

Aplicaciones del Modelo

El modelo es tan flexible que se puede aplicar en casi todos los escenarios de tratamientos. Algunos ejemplos mencionados por la Asociación son:

- Casas de grupo. Se ofrecen residencias comunitarias para el tratamiento de niños, adolescentes o adultos dependientes. El tratamiento es llevado a cabo por

un equipo entrenado, conformado generalmente por un matrimonio llamado “Teaching Parents/Family Teachers”, junto con otros practicantes de modelos entrenados para prestar el servicio en la modalidad tipo familiar, usando estrategias de intervención precisas para crear oportunidades diarias de enseñanza de habilidades sociales que se generalizan al entorno natural del paciente.

- Tratamiento de fomento a la crianza. Estos programas atienden a niños, adolescentes y adultos dependientes que necesitan ambientes familiares de apoyo orientados al tratamiento para promover la curación. Los programas se caracterizan por el compromiso de organizar los recursos, experiencias y apoyos necesarios para asegurar el cumplimiento de los objetivos. En el tratamiento para padres, se les apoya de diversas maneras, incluyendo el entrenamiento, grupos de apoyo, servicios de relevo y servicio de consultas las 24 horas al día.

- Tratamiento basado en casa. Ofrecen una intervención intensiva a corto plazo para niños y familias en su propio hogar, la escuela y la comunidad. Dicho tratamiento está centrado en la familia y las fortalezas existentes, por medio de una asociación con los padres. Se caracteriza por la creencia de que la relación entre los niños y las familias van de la mano y busca preservar, mantener y reunificar la unidad familiar.

- Programas basados en la escuela. Los programas ofrecidos en el entorno educativo se especializan en la intervención y soporte en el área conductual para niños y adolescentes que tienen problemas en los salones de clase tradicionales.

- Programas institucionales de Salud Mental. Dichos programas incluyen, pero no se limitan, a la intervención en pacientes hospitalizados en psiquiátricos, crisis de corto plazo, entre otros entornos clínicos. El tratamiento se centra en intervenciones terapéuticas intensivas para lograr un cambio relevante en el comportamiento de desórdenes mentales específicos.

Componentes

El modelo se basa en cuatro componentes definidos por la Asociación “Teaching-Family” que, cuando se integran con eficacia, crean una estructura organizada que permite la retroalimentación interna y externa para lograr una mejora continua en la calidad del modelo. Estos componentes son:

- Selección de personal y capacitación. A las personas que atienden de manera directa se les llama practicantes y son seleccionados de manera cuidadosa, basándose en su capacidad para proporcionar un tratamiento individualizado de manera positiva. Tanto los practicantes, como los administrativos, reciben una capacitación continua sobre los conocimientos y habilidades relevantes, de acuerdo a las necesidades de las personas en tratamiento.

- Gestión basada en competencias. Cada equipo de practicantes es apoyado por un supervisor, el cual observa y apoya durante todo el proceso de intervención. A través de discusiones y análisis de datos, se realiza una retroalimentación para la resolución de problemas.

- Garantía de calidad. La evaluación que se les realiza a los practicantes proporciona que sean responsables al servir a las personas. Dicha evaluación consiste en la observación de la aplicación del modelo en una persona y un cuestionario de satisfacción al finalizar la intervención.

- Administración de facilitación. Las construcciones teóricas del modelo destacan el papel esencial de practicante como el agente de cambio y la sanación en la vida del paciente. Por esta razón, se les proporciona a los practicantes todos los recursos necesarios para poder prestar el servicio a las personas y sus familias.

Para lograr los objetivos es esencial la integración e interacción continua entre los cuatro componentes del sistema (formación, consulta, evaluación y administración), pues cada uno cumple con funciones específicas que permiten lograr los objetivos del tratamiento.

3.6.3 Musicoterapia

Concepto

En 2011 la Federación Mundial de Musicoterapia define el término como:

"La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, y la salud y bienestar espiritual. La investigación, la práctica, la educación y la formación clínica en la

terapia de la música se basa en los estándares profesionales de acuerdo a los contextos culturales, sociales y políticos.”

La Asociación Americana de Musicoterapia define, en el año 2005, de la siguiente manera *“La utilización clínica, y basada en la evidencia, de intervenciones musicales para conseguir objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica, por un profesional especializado que ha completado una formación en musicoterapia”*.

De esta definición, Martí y Mercadal-Brotos, (2008) toman algunos elementos clave para complementarlos un poco más.

1. La utilización clínica de la música basada en la evidencia. Desde hace muchos años, la música fue utilizada como método curativo relacionado con la magia y la religión. Actualmente, la musicoterapia tiene un cuerpo teórico-científico.
2. Intervenciones musicales. En la musicoterapia se utilizan distintos tipos de música y experiencias como cantar, tocar instrumentos, bailar, componer o improvisar, jugar y oír.
3. Proceso interpersonal-musicoterapeuta. Implica la presencia de tres elementos: la música, el participante y el musicoterapeuta. La dinámica entre estos tres elementos promueve el cambio o evolución del participante.
4. La música. La cual posee diversas características que influyen a nivel fisiológico, cognitivo, emocional, social y espiritual. Es la herramienta principal del musicoterapeuta.
5. Participante. El cual posee sus propias características, sus necesidades específicas y su realidad musical.

6. Cambios en la conducta. Estos cambios se pueden dar a nivel preventivo o de terapia en sí. El primero busca retrasar el deterioro de una persona y/o potenciar su desarrollo, funcionalidad y bienestar. Como terapia, el objetivo será incidir (restaurando, manteniendo o mejorando) sobre los aspectos que, debido a una enfermedad o condición, limitan el funcionamiento de una persona.

Proceso de intervención en musicoterapia

Martí y Mercadal-Brotons, (2008) consideran que según los estándares de práctica clínica, toda intervención en musicoterapia deberá contemplar las siguientes fases:

- a) Derivación y aceptación. La derivación suele venir de algún miembro del equipo terapéutico, de la dinámica de un centro o de la petición directa de un familiar. Posteriormente se evaluará si es aceptada por la persona.
- b) Evaluación inicial. Esta será realizada por el musicoterapeuta. En ella se verán las necesidades y capacidades de la persona en las áreas cognitiva, física, socioemocional y espiritual. Los métodos de evaluación pueden ser la observación de la persona durante la participación en experiencias musicales, una entrevista, o la aplicación de test.
- c) Planificación del tratamiento. Se preparará un plan individualizado tomando en cuenta los objetivos, la frecuencia, los procedimientos y la evaluación.
- d) Implementación. Realización de la terapia.
- e) Documentación. Se debe documentar todo el proceso.
- f) Terminación/ Cierre. También se deberá planear adecuadamente para lograr una separación positiva.

Chamorro, menciona que dentro de esta disciplina existen dos tendencias, la primera podría ser llamada “musicoterapia en la terapia” la cual utiliza a la música como herramienta facilitadora dentro de la terapia verbal. La segunda utiliza la música como terapia en sí.

Bajo el término de musicoterapia hay diversas formas de terapia como la danzaterapia, la arteterapia, el psicodrama y la propia musicoterapia, las cuales han avanzado a pasos agigantados en los últimos años.

Campos generales de aplicación

Una de las posibles categorizaciones propuesta por Martí y Mercadal-Brotons, (2008).es la siguiente:

- a) Educación. Se realizan tratamientos en niños con necesidades educativas especiales como: autismo, retraso del desarrollo, pluridiscapacidades discapacidades físicas, problemas sensoriales, dificultades de aprendizaje, déficit de atención e hiperactividad, problemas de comportamiento, etcétera.
- b) Salud mental. En relación con los trastornos mentales, la musicoterapia se aplica en personas con estrés y ansiedad, trastorno del estado de ánimo, de la conducta alimentaria, de la personalidad, relacionados con sustancias, etcétera.
- c) Medicina. En este campo, la musicoterapia puede acompañar y dar apoyo a personas que padezcan enfermedades oncológicas, neurológicas y cardiopatías, etcétera. También pueden ser de gran ayuda en la preparación al parto y de psicoprofilaxis quirúrgica.

d) Geriatría. Se aplica en personas mayores, tanto en estado de salud, como en una gran variedad de afectaciones.

Principales modelos teóricos de musicoterapia

A) Musicoterapia creativa

Fue desarrollada por el pianista estadounidense Paul Nordoff y el educador especial Clive Robbins entre 1959 y 1976 en Londres, y está sustentada por la propia práctica con niños y adolescentes con necesidades especiales. Esta corriente considera que todas las personas, sin importar que tengan o no una discapacidad, poseen una musicalidad innata, la cual se puede desarrollar para poder conseguir los objetivos terapéuticos.

Esta terapia se basa en la interacción terapeuta y paciente, a través de la improvisación musical, lo cual conduce a una comunicación de aspectos, muchas veces ocultos o inhibidos. Se centra en las diferencias particulares de cada persona, pues cada uno percibe y procesa el medio de manera diferente y es trabajo del terapeuta observar el desarrollo emocional e interpersonal que van teniendo.

B) Guía imaginaria con música

Fue creada en Estados Unidos por Hellen Bonny y consiste en una técnica de trabajo muy profunda, en la cual, la relación entre la música y la persona se produce en niveles de la psique por medio de la imaginación. Este modelo de psicoterapia está concebido para trabajar con estados alterados de conciencia. La función del guía (musicoterapeuta) es: *“proporcionar una técnica de relajación o conducción y*

seleccionar la música. Mientras ésta suena, el guía se sienta cerca del viajero en apoyo y puede animarle a verbalizar la imaginería que está apareciendo. La verbalización por parte del viajero, en vez de distraerle de la producción de imaginería, en realidad profundiza y potencia su efecto emocional” (Bonny, 1993, citado en Muñoz, 2008).

La imaginación guiada con música consta de cuatro etapas. En la primera se aborda la clarificación de la intención (el tema a explorar). La segunda es llamada de inducción o relajación pues surge de la práctica de la hipnosis. La tercera es la aplicación de la música, conformada por distintas piezas musicales que crean un programa. En este modelo se emplea música clásica ya que, por un lado no hay significados concretos en las otras, y por el otro, la complejidad de la estructura armónica-melódica permite a la psique proyectarse y desarrollar sus dinámicas. La cuarta fase de procesamiento consiste en revisar verbalmente la experiencia y reconocer los insights y los significados de la psicodinámica que se desarrolló.

C) Musicoterapia conductista

Se consolida en 1975 con la publicación del libro *Research in the Music Behavior. Modifying Music Behavior in Classroom*, de Clifford Madsen, considerado el fundador de esta versión. La aplicación de música en el método conductista es amplio, pues se ha utilizado, tanto en aspectos educativos que no están directamente relacionados con la psicoterapia, como en trabajos de temas centrales del conductismo.

En 1981, Madsen propuso un abordaje para las personas con retraso mental que incluyen cinco pasos básicos: observar, resaltar, grabar, consecuencias y evaluar. En 1977, Steele utilizaba la musicoterapia conductista en un encuadre de una escuela de música de la comunidad, dentro del contexto de clases individuales y sesiones grupales.

El conductismo reconoce en la música el poder de ser un refuerzo positivo o negativo, ya que la música es una herramienta que facilita las técnicas conductistas y cognitivas. (Muñoz, 2008).

D) Modelo Benenzon

Rolando Benenzon (2011) define la musicoterapia como *“Una psicoterapia que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corporo-sonoro-musicales para establecer una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupos de pacientes, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida y recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad”*.

Para él, la musicoterapia es el campo de la medicina que estudia el complejo sonido-ser humano-sonido, con el objetivo de abrir canales de comunicación en el ser humano, producir efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en él mismo y en la sociedad.

Benenzon realizó un modelo que incluye dos partes: la primera cubre el diagnóstico realizado por el musicoterapeuta, que incluye el descubrimiento del ISO, ya sea del

paciente o del grupo, como objeto intermediario e integrador. La segunda parte es la del espacio terapéutico, es decir, las sesiones de musicoterapia.

ISO es el conjunto de energías sonoras, acústicas y de movimiento que pertenecen a un individuo y lo caracterizan. Posee todas las fuerzas de percepciones pasadas y presentes potencializadas. Es dinámico, pues esta identidad está en constante movimiento de cambio que se nutre de los procesos de comunicación del individuo. Por eso, en terapéutica, el verdadero acto de comunicación se establece cuando se reconoce y se diferencian el ISO del musicoterapeuta y el ISO del paciente.

E) Musicoterapia analítica

La fundadora de ese método es Mary Priestly a principios de los años sesenta, cuando publicó su libro *Music Therapy in Action*. Su modelo se sustenta en tres técnicas basadas en la improvisación para desarrollar un diálogo musical. Estas técnicas son: a) técnica para investigar problemas patentes, tanto para el paciente, como para el terapeuta, cuyo objetivo es la expresión del conflicto emocional del paciente mientras el terapeuta lo apoya musicalmente; b) la técnica para investigar el subconsciente a través de símbolos, sueños e imágenes. Se centra en las imágenes de Assagioli, que retomará las imágenes para integrarlas al tratamiento y volverlo la forma de expresión entre el terapeuta y el paciente; c) técnica para afianzar el ego, es una forma de representar o de crear un espacio seguro donde el paciente ensaye una nueva situación por medio de una escenificación de la música.

3.6.4 Danzaterapia

Generalmente se tiende a asociar música y danza, pues esta no es más que la traducción corporal y emocional de la música. Está presente, al igual que la música, desde la época primitiva durante los rituales. La danza del médico, sacerdote o chamán forman parte de la medicina y psicoterapia desde sus orígenes. La exaltación y la liberación de tensiones podían cambiar el sufrimiento físico y mental, transformándolo en una nueva forma saludable.

El uso de la danza como un instrumento terapéutico y catártico es tal vez tan antiguo como la danza misma. En muchas sociedades primitivas la danza es tan esencial como alimentarse o dormir, pues provee a los individuos la posibilidad de expresarse, comunicar sentimientos y contactarse con la naturaleza. La danza como parte de un ritual acompaña frecuentemente los cambios de la vida, sirviendo, tanto a la integración personal, como a la del individuo con la sociedad.

La danzaterapia surge espontáneamente como práctica realizada por docentes de danza contemporánea, con orientación expresionista en ámbitos relacionados con la salud mental, tanto en el ámbito hospitalario, como clínica privada. Una de las más importantes pioneras es María Fux, quien crea una práctica de trabajo con pacientes sordomudos con Síndrome de Down.

La Asociación Americana de Danzaterapia define la terapia de la danza/movimiento como el *“uso psicoterapéutico del movimiento para promover la integración emocional, cognitiva, física y social del individuo.”*

Este tipo de terapia tiene una función catártica muy importante pues permite la exteriorización y actuación ante los conflictos. Menciona Rosario Castañón (2001) que la ritmificación y la actuación fisiológica del movimiento sobre el cuerpo humano conlleva al control de la respiración, tonificación de los músculos y la coordinación, lo cual consigue un mejor desarrollo físico y mental. Además, contribuye a la configuración correcta del esquema corporal interno percibiéndolo como un todo.

El cuerpo se presenta como el elemento básico sonoro, a través de golpes percusivos, sonidos verbales y el propio movimiento. Para Rosario Castellón, la percepción del cuerpo como productor de movimientos articulados conforme a patrones rítmicos incorpora un concepto de escucha interior muy importante. No se requiere un entrenamiento físico pero, para conseguir una mejor elasticidad y coordinación corporal, es deseable que se realicen también ejercicios de calentamiento, estiramiento y relajación.

Como se ha visto a lo largo del capítulo, debido a la concepción que se tiene actualmente sobre la discapacidad intelectual, es necesario que se atienda a las necesidades individuales y que el apoyo se centre en cada persona, es decir, a través de un plan individualizado. En el siguiente capítulo profundizaremos un poco más en las características que específicamente tiene la música como elemento para mejorar la calidad de vida.

CAPÍTULO 4

LA MÚSICA COMO MÉTODO PARA PROMOVER CALIDAD DE VIDA

Para poder hablar acerca de la música como un método para promover calidad de vida, debemos tener en cuenta la universalidad y las diversas definiciones que existen, dependiendo el aspecto del que se observe o de las sensaciones que provoque.

Se han formulado muchas hipótesis de cómo surgió la música, la mayoría coinciden en señalar que fue a partir de gritos ya sea con ritmo o no, que servían para expresar emociones y sensaciones. Algunos autores sitúan la génesis de la música desde el momento de la gestación del ser humano y siendo la comunicación la base de toda la sociedad, la música se considera una forma más de comunicarse.

En la etapa primitiva, la música estaba asociada a ritos de momentos importantes como la caza, la cosecha o alguna celebración. Si nos remontamos a la filosofía, se dice que en Grecia, mandaban curar enfermos con alguna lira y la tocaban antes de enterrar algún cuerpo para “limpiarlo” de todo lo que traía. Además, cuenta la literatura de la maravilla que era la música no sólo para eliminar enfermedades y dolencias, sino también para curar picaduras de animales; la razón es porque el veneno o el humor del enfermo suele ocasionar efectos melancólicos o furiosos y al aplicarles música proporciona alegría. La razón que daban al porqué al alma le gustaba la música es por el orden y medida que ésta tiene, por lo tanto, el ruido

desmedido y continuo la ofende. Posteriormente, se comenzó a utilizar música en las reuniones con el fin de apaciguar los efectos que el vino pudiera ocasionar.

Independientemente de todo, la música es un medio de expresión y comunicación que permite la interacción social. Crear y hacer música nos permite estar presentes, comunicarnos y compartir algo, en pocas palabras, es un lenguaje no verbal. Por ejemplo, acompañar una melodía con un pulso musical ya sea de palmas o con la voz, ya es establecer un espacio de comunicación. Vista como una experiencia lúdica y de disfrute, la música permitirá establecer relaciones interpersonales satisfactorias.

Son tantos los tipos de música que permiten experiencias diferentes y que muestran conexiones diversas como la música con texto, la religiosa, la militar, ligera o para bailar. Como menciona Alcaráz y Pérez (2010), las obras musicales son múltiples y performativas, es decir, que a la existencia de numerosas instancias de la misma obra, se suma la necesidad de que la obra sea ejecutada cada vez que se experimenta.

Para muchos estudiosos, la música tiene carácter expresivo, nos emociona, pero la forma en cómo se exprese o el tipo de emoción que provoque ya no es algo universal. Es más, podría causar una emoción sin necesidad de expresarla, como en el caso de los sonidos de la naturaleza, las emociones poseen un contenido y son intencionales pues implican pensamientos sobre el mundo.

Desde la Antigüedad, la filosofía reconoce una relación especial entre la música y las emociones, entendida de diferentes maneras; por un lado, se puede considerar como una relación binaria de tipo representacional, ejemplificadora o expresiva, en donde existe la emoción como capacidad significativa de la música. También se puede considerar a la música como generadora de expresividad, es decir, que posee una configuración expresiva en sí misma.

Para André Michel (mencionado en Poch, 2001) una cualidad muy importante de la música es que hace posible que se realicen varios razonamientos a la vez, por lo que se acumulan, en un instante, la mayor profundidad psíquica posible. De igual manera, considera que el tipo de pensamiento de la música es el pre-lógico, semejante al del hombre primitivo, del niño en sus primeros años y de las personas con alguna enfermedad mental.

En el 2002, Berlioz (citado en Fernández, 2008), indica que la música tiene, además de su capacidad de transmitir valores estéticos, la posibilidad de acrecentar la capacidad motora, mejorar la salud, controlar el estrés, y sobre todo, puede estimular la inteligencia ya que estimula la comprensión de lo abstracto.

Cuando escuchamos alguna melodía, muchas funciones cerebrales están implicadas. La investigadora Isabelle Peretz de la Universidad de Montreal ha realizado estudios que permiten el diseño de un modelo de cognición musical el cual plantea que la percepción musical se organiza en dos sistemas independientes: El primero denominado sistema melódico (SM), se encarga del procesamiento de la

melodía; El segundo se denomina sistema temporal (ST) y está encargado del procesamiento del tiempo.

El SM permite diferenciar el tono o las notas y los intervalos entre ellas. El ST coloca la melodía en el tiempo a través del ritmo y la métrica (acentos). La ruta melódica tiene sus componentes esenciales en el giro temporal superior derecho, y áreas de los ganglios basales y en la corteza pre-motora están encargadas del control motor y la percepción temporal (Figura 1).

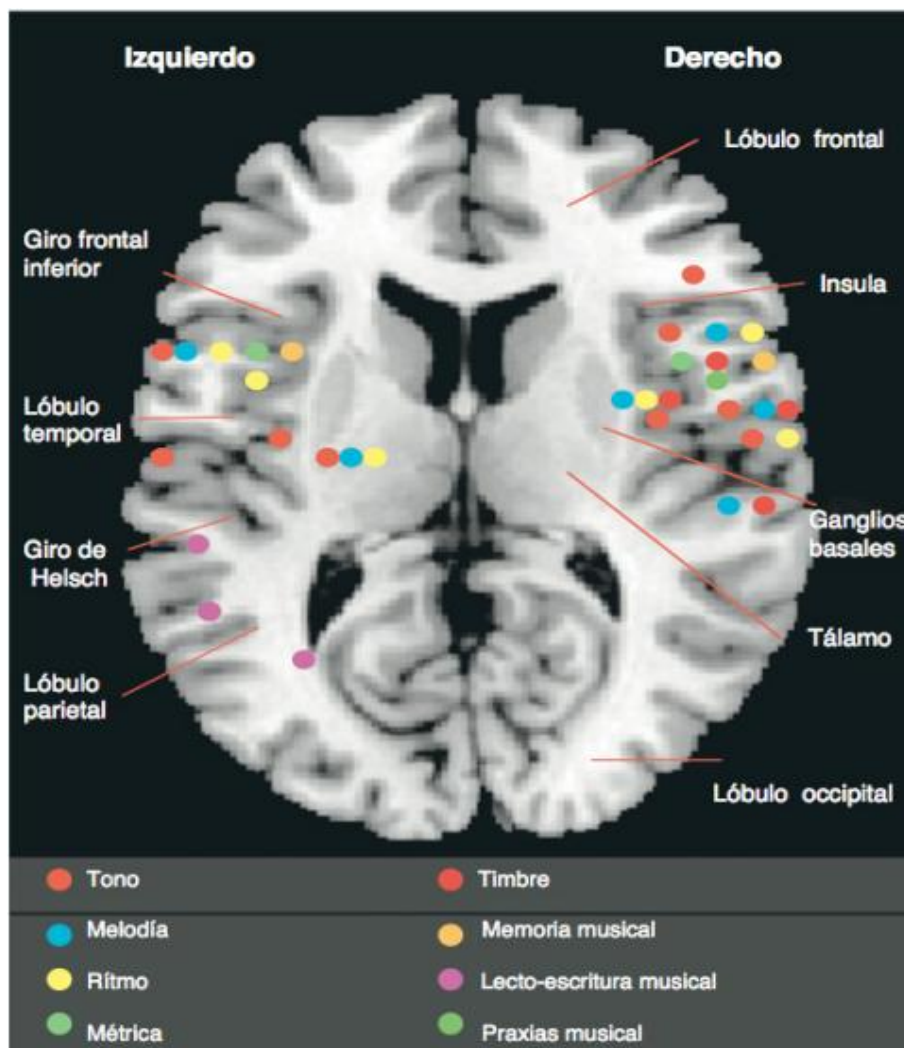


Figura 2. Resonancia magnética en proyección axial que muestra la localización anatómica de los componentes que participan en el modelo cognitivo musical.

Tomado de García-Casares, N. (2011) adaptado por Lozano, O., Santos, S. y García-García, F. (2013).

Ambos sistemas trabajan en conjunto y envían información a través de redes neuronales distintas al léxico musical, lugar donde se encuentra toda la información musical percibida a lo largo de la vida. El léxico musical permite activar el léxico del canto, la activación de funciones motoras para la ejecución musical y la activación de memoria asociativa para la recuperación de material no musical (Figura 2).

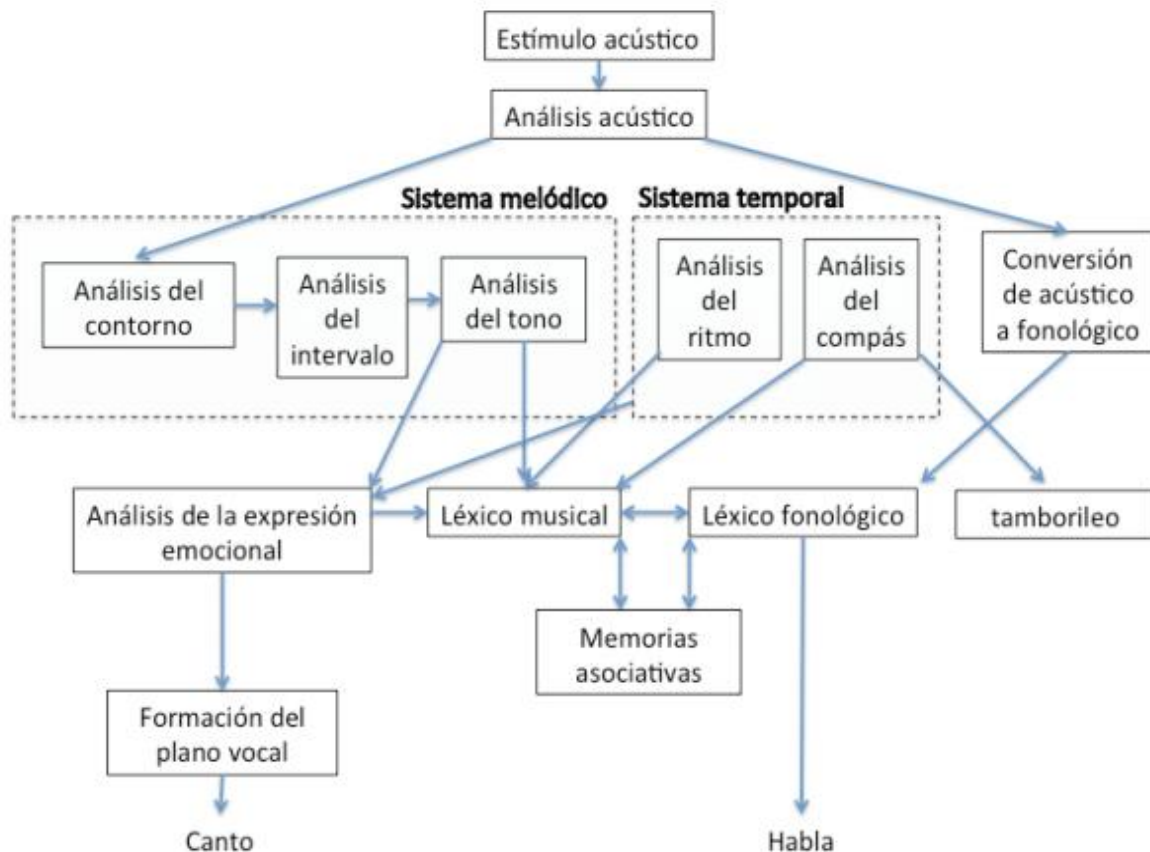


Figura 3. Modelo de procesamiento musical. En la imagen se representan las distintas vías por las cuales viaja la información a través de distintos componentes de la música. Tomada de: Peretz I, Coltheart M. 2003 adaptado por Lozano, O., Santos, S. y García-García, F. (2013).

Para la ejecución de la música, se requiere la función de tres elementos motores: sincronización en el tiempo, secuenciación de movimientos y organización espacial del movimiento. La primera es atribuida a un mecanismo neuronal, el cual, a través de oscilaciones y pulsos representan el reloj interno, las áreas involucradas en este proceso son las corticales y subcorticales incluyendo ganglios basales y el área

motora suplementaria para marcar el tiempo de la música. En la elaboración y aprendizaje de secuencias motoras participan los ganglios basales, la corteza motora suplementaria y el cerebelo. Para la tercera fase se involucra la corteza parietal, corteza sensoriomotora y corteza pre-motora, importantes para la integración de información espacial, sensorial y motora.

Al hablar sobre las emociones provocadas por la música, dependen de la actividad del sistema límbico y paralímbico, consideradas las estructuras cerebrales del procesamiento emocional. Se ha demostrado que la música activa sistemas de recompensa similares a la ingesta de comida, consumo de drogas o actividad sexual, en estudios de neuroimagen se ve involucrado el sistema dopaminérgico pues se observa un aumento en el flujo sanguíneo cerebral en el núcleo accumbens, sitio relacionado con el placer.

Se ha demostrado que la música con tiempo rápido y tonalidad mayor crean reacciones de felicidad y música con tiempo lento y tonalidad menor generan tristeza. Además, al escuchar una melodía por cierto tiempo hace que se sincronice la frecuencia respiratoria y cardíaca con el tiempo de la obra (Lozano, Santos y García-García, 2013).

4.1 Elementos de la música

Se considera que son tres los elementos más importantes en la música: el ritmo, la melodía y la armonía. Sin embargo, a continuación se mencionarán y explicarán

estos y otros elementos que resultan también de suma importancia para poder tener una mayor visión del tema.

Ritmo

El ritmo es en sí lo que le da forma concreta al sonido, lo hace inteligible (Porres, 2001). El elemento básico del ritmo es el pulso, este organiza al tiempo en partes de igual duración con la misma acentuación. Para Rodríguez y Buades, (2005), el ritmo es un elemento dinámico y básico en la música pues es el estímulo orientador de procesos psicomotores a través del cual se ejecutarán movimientos controlados.

Comenta Romero (2011), que al inicio de la vida, sólo existió el sonido, después vino la luz y más tarde los demás sentidos. Es decir, lo primero que percibe el ser intrauterino es el sonido del corazón de la madre, se acostumbra a su ritmo, lo escucha y lo imita. El ritmo implica repetición: es la base, el terreno desde el cual todo lo demás emerge. La música nos conecta de forma perceptible y directa con nuestro propio instrumento rítmico, el cuerpo, y también con el mundo exterior.

Melodía

La melodía es la característica más fácilmente accesible de la música. Para producir una melodía, basta con tararear, cantar o interpretar una serie de notas. Una simple melodía puede producir un placer inmediato y nos permite relacionarnos.

Así pues, una melodía es una serie de tonos que relacionados entre sí forman un todo: una relación de intervalo o de espacio, de tiempo, de entonación y de volumen. El espacio, el tiempo y la experiencia desempeñan un papel importante

para determinar la calidad de la melodía, de la relación entre cada uno de nosotros y con el resto del mundo.

No se puede ser objetivo sobre el valor de una melodía, pues, al escucharla, cada persona aporta su propia experiencia y modo de ser individual y por lo tanto, no existe una serie perfecta de tonos que formen una melodía que fascine a todo el mundo a la vez.

Armonía

En la vida diaria, se busca constantemente la armonía, es decir, se busca estar rodeado de personas con las que se está de acuerdo o sintonizado y se evitan situaciones que impliquen separación o disonancia.

La armonía se describe como la sucesión simultánea de tonos. Mientras que la melodía se considera como una serie de tonos que se mueven horizontalmente, la armonía involucra nuestras ideas de lo que es correcto, apropiado y grato. Sin embargo, para conseguir armonía se deben considerar también los sonidos disonantes pues para experimentar plenitud no se pueden negar las emociones o pensamientos negativos. Todo forma parte de una unidad.

Algunos ocultistas como Ouspensky y Rudolf Steiner (citados en Crandall, 2003), consideran que para los oídos occidentales, la octava, con sus terceras y sus quintas, son la esencia de la armonía. Este punto de vista fue rebatido por otras tradiciones las cuales consideran que en la cultura contemporánea las personas ya

se encuentran más dispuestas a admitir la disonancia como parte necesaria del todo.

Vibración

Los físicos han descubierto que el universo no sólo consta de materia, partículas, átomos o quarks, sino también de movimiento de energías, de vibración. Resulta sencillo ver nuestro mundo como una serie de vibraciones, de frecuencias que originan un sonido que existe perpetuamente, cambiando de forma, creando, destruyendo, evolucionando.

En esta forma de ver al mundo, no existe un principio ni un final, sino un flujo continuo de energía. Todos nosotros existimos en un océano de sonido. Creamos música cuando hacemos que las ondas vibratorias adquieran una forma material que se pueda escuchar y observar.

Silencio

El silencio no es la ausencia de sonido, ni se produce entre los todos de la música o durante las pausas rítmicas o final de una frase; el silencio es el terreno siempre presente del que surge el sonido, si se eliminara este terreno, no podría haber sonido.

Estructura y forma

Para el ser humano, la existencia de un universo ordenado, proporciona tranquilidad ya que representa seguridad y protección. Cuando escuchamos música, se siente una conexión con el orden y diseño. El orden se llega a confundir con la estructura y

la forma, la diferencia radica en que el primero persiste a lo largo de la evolución de una forma, es decir, no se puede dar ninguna forma sin que primero exista un orden. Si existe una estructura o no, e independientemente de la forma que pueda adoptar esa estructura, siempre existe un orden.

Observar la estructura y la forma como algo flexible, que fluye y cambia continuamente, es ideal para apreciar, componer e interpretar música. Hasta la música del pasado cambia y evoluciona a medida que la interpretan nuevos músicos y la escuchan nuevas personas.

Crandall (2003) menciona que nuestros oídos dependen en gran parte de la cultura, los gustos y disgustos personales, basados en las experiencias y la forma de ver al mundo. Es por ello que cuando se utiliza la música como terapia en personas de edad avanzada, la forma más directa para llegar es a través de la música de su época con la que se identifican.

Tempo

Se refiere al aire más o menos rápido que se le da a una pieza musical. En la música clásica, por ejemplo, encontramos: largo, lento, adagio, andante, moderato, allegretto, allegro, vivace, presto, prestissimo. A esta lista se agregan otras palabras, también de origen italiano, más precisas o se le añaden adjetivos que concretan el pensamiento del compositor o del editor.

Nikolaus Harnoncourt (citado en Geffrotin, 2013), menciona que para comprender las indicaciones de tiempo italianas de los siglos XVII y XVIII, hay que recordar que

la mayor parte de las palabras son de la lengua italiana corriente. Es decir, allegro significa por lo tanto alegre, jubiloso, y no precisamente rápido.

Dado que la música es una cuestión de interpretación, ligada al lugar donde se interpreta, el tiempo es finalmente una noción subjetiva.

4.2 Estilos Musicales

4.2.1 Música popular

Por popular se entiende la música que tiene sus raíces en el pueblo y que ha acompañado desde hace siglos todos los momentos ordinarios y excepcionales de la vida: trabajo y fiestas, duelos y recuerdos. Es en el escenario físico y social donde la música y el baile son compartidos colectivamente. Es en el tiempo de ocio y en el espacio público donde se intercambian los lenguajes y se celebran prácticas que hacen menos dura la supervivencia. (Ulloa, 2009)

Y son precisamente los sectores populares los que invaden el espacio público de una manera extrovertida y ruidosa, la algarabía y la risa son comportamientos habituales de los sectores populares en su ocupación del espacio público en las ciudades. (Ulloa, 2009).

En esta sección se mencionarán estilos como la cumbia, salsa, mambo y chachachá. Todos, además de tener un origen y sonidos similares, se caracterizan

por sus danzas. En general este tipo de bailes favorecen la adquisición de patrones rítmicos y nuevas formas de movimiento y expresión de manera amena.

Salsa

Desde un punto de vista un poco tradicional, la salsa se concibe como una copia o reproducción de la vieja música cubana producida en el siglo XX. Esta definición ha sido sostenida por músicos cubanos que emigraron luego de la Revolución y de los que se quedaron en Cuba. Según esta concepción, la industria discográfica norteamericana se apropió del danzón y la guaracha, el mambo y el chachachá con el fin de explotarlos y mantener el mercado internacional de la isla. Rogelio Martínez, director de la Sonora Matancera, dice (Ulloa, 2009) “la salsa no existe, no es más que la guaracha de toda la vida”. Pérez Prado se ha referido a la salsa en términos semejantes.

La salsa es una música de fusión compuesta y alimentada por diferentes géneros de origen cubano, puertorriqueño y caribeño en general. Incorpora figuras rítmicas, movimientos melódicos, estructuras armónicas y hasta formas de cantar, distintas a las que produjo la música cubana. La salsa desarrolló un sonido diferente, referido a la presencia de los vientos, metal y otros instrumentos melódicos en diversas combinaciones; y en una de sus tendencias caracterizada por el protagonismo de los trombones tocados de manera diferente a como lo hacían los cubanos y jazzistas. En cuanto a la producción, conservó las variantes fundamentales del son y la rumba para desarrollar dos vertientes: una conservó la producción por géneros (son, danzón, guaracha, guaguancó, mambo, chachachá...) con algunos matices diferentes; y otra la cual, tal vez la más importante, trasgredió los géneros y pasó de

un ritmo a otro. Esas mezclas enriquecieron las melodías, intensificaron la rítmica con el timbal, las congas, el bongó, el güiro y la campana y quedó más oportunidad de improvisar, generando otro color. Por otro lado, la salsa aceleró el tempo, representando la velocidad de la sociedad en ese momento (Ulloa, 2009).

Culturalmente, la salsa es un fenómeno socio musical y danzario, multigenérico y multirregional. En las regiones donde se involucró, lo hizo en sectores trabajadores de clases media urbanas los cuales además de identificarse con ella, constituyen una de sus principales formas de entretenimiento y placer, a través del baile, de la audición pública o privada o del coleccionismo de sus obras.

La salsa emplea una percusión muy estable – bastante cercana a la que se utiliza en el rock- y la lleva casi al mismo plano de la voz, lo cual es muy interesante para el bailaror pues la siente mucho más y baila con ella. Algunos de los logros que ha hecho la salsa a la música popular son: 1) la manera de tocar y combinar los instrumentos de percusión; 2) los montunos (repeticiones) del piano; 3) los bajos; 4) los arreglos y formatos orquestales; 5) las voces; 6) los movimientos escénicos; 7) los textos cantados. También se habla de la presencia del trombón en los arreglos salseros pero sabemos que no toda la salsa se reduce a trombones (Ulloa, A. 2009).

Este tipo de música ayuda a liberar el estrés, además de mejorar coordinación y equilibrio. Permite que el cerebro se relaje, activando dopamina y adrenalina (Navarrete, 2013).

Mambo

Se cree que surgió por La Charanga de Arcaño y sus Maravillas quienes incorporaron al final del danzón, un montuno sincopado de dos o cuatro compases que se llamó mambo (Ulloa, 2009). También introdujeron la tumbadora con el fin de sustituir el baqueteo del timbal (Roy, 2003). Fueron los danzoneros los primeros en emplear la palabra mambo al referirse a un montuno sincopado o guajeo sincopado. Posteriormente, en La Habana, en 1940, Arsenio Rodríguez agregó una o más trompetas para convertirlos en un conjunto y emplea las cuerdas de manera rítmica y melódica, con un estilo de improvisación a cargo de la flauta (Ulloa, 2009).

El mambo está compuesto del tambor que es la base del ritmo y la parte que tocan las trompetas. En la música de Pérez Prado, en la orquesta, la sección de saxofones se conforma de cuatro (dos altos, un tenor y un barítono) empleada al unísono y en tonos graves, utiliza cinco trompetas, la percusión, el contrabajo y el piano. El único trombón es empleado en distintos efectos, como pedal o para subrayar cambios y divisiones de tempo. Quedan entonces las trompetas y los saxos como dos planos tímbricos diferentes, uno agudo y otro grave. En cuanto a la sección rítmica se caracteriza por la presencia, junto a los bongoes, de dos tumbadoras en vez de una y el uso de timbales (Ulloa, 2009).

Rápidamente a lo largo de la década de los 40, el mambo en sus distintas versiones se apoderó de los salones de baile.

Cha-cha-chá

Se le atribuye a Enrique Jorrín el origen de este género musical, el cual proviene de una transformación de los últimos danzones. Se menciona que en la orquesta lo que se modificó fue la acentuación rítmica del danzón, volviendo a colocar el tiempo fuerte en la primera parte del compás e introduciendo dos semicorcheas: un, dos, un-dos-tres (Roy, 2003).

El cha-cha-chá, se baila sobre el tiempo fuerte, pues hay un movimiento en el güiro que se produce en esta forma, correspondiendo al paso de los bailarines. Al momento de bailar, se produce en el piso un ritmo que se oye “sha.sha.shá”, pero como en español no existe el sonido sh, se cambió por la frase cha-cha-chá. Lo fuerte del cha-cha-chá es el tiempo y el contratiempo, además del canto (Roy, 2003).

Cumbia

Se deriva de la palabra Kumba que significa hacer ruido, Cumbé palabra de origen africano que hacía referencia a una danza. El origen de este género proviene del Caribe Colombiano, el cual tiene una mezcla africana, española e indígena. En otros lugares como Argentina, Perú, México y la frontera México-Estados Unidos, quedó asociada con la clase pobre, urbana y racializados o marginados.

En Argentina, como resultado de la crisis económica, surgió la cumbia villera la cual toma el golpe de la cumbia colombiana, pero con toques de la música nacional como el cuarteto, formando así parte del género tropical. De ahí se trasladó a Perú en donde surgió la “tecnocumbia” asociada a los migrantes indígenas. Y finalmente

en México en donde la cumbia integró estéticas del rock negro, el rap y el hip-hop, se ornamentó con instrumentos electrónicos y sintetizadores y las letras hacen referencia a la clase que migra a Estados Unidos y al tráfico y consumo de drogas (Semán, 2011).

En México, la cumbia desarrolló cuatro formas distintas: la cumbia tropical que se dispersó en las costas y centro de México, la cumbia de Monterrey aliada a bandas norteamericanas, una versión comercial que preservó sonidos colombianos, y las bandas de cumbia del centro del País con un repertorio de cumbias de Venezuela y Colombia.

La cumbia puede ser identificada a través de su estructura rítmica pues generalmente tiene un golpe común. En la cumbia tradicional existen dos tipos de grupos: en el primero se involucran cinco instrumentos, cuatro de los cuales son de percusión (el tambor mayor que se acomoda entre las piernas y se toca con ambas manos; el llamador, que se coloca en las rodillas y se toca con una mano; el bombo que tiene dos parches y se toca con palillos; y los guaches) y la caña de millo melódica que es una versión modificada de las flautas. El segundo grupo hay dos gaitas, un tambor mayor, un llamador y una maraca. En ambos grupos la percusión es lo más importante. Este estilo fue fácilmente imitado y modificado por bandas locales en todo Latinoamérica (Semán, 2011).

Según un estudio realizado por Duque, Torres, y Urbano, (2007) este baile se puede usar con los niños con dificultades motrices, para la coordinación de las extremidades superiores e inferiores, lateralidad, posición, espacio, tiempo, concentración, expresión, seguridad, etcétera.

El tema de la sexualidad también está presente en este género, pues tanto el baile como las letras tratan de la conquista del hombre hacia la mujer.

4.2.2 Sonidos de la naturaleza

Los sonidos surgen de la naturaleza, es decir, la naturaleza creó música antes que el ser humano y a partir de estos sonidos es como se crean diversas melodías. Hoy en día muchas técnicas de relajación involucran dichos sonidos debido a esta conectividad y la fuerte relación con la naturaleza y el efecto sosegador que involucra.

Los sonidos del agua, que incluyen el sonido del mar, de una cascada o el goteo de la lluvia, tienen una sonoridad suave con efectos calmantes para las personas (INNATIA, 2011).

En cuanto a los sonidos de los animales, hay una gran similitud entre la música humana y los cantos de las ballenas. Estas usan ritmos similares a los nuestros y componen en un esquema ABA, es decir, un tema principal, una variación y de nuevo el tema. Emplean numerosas repeticiones y la extensión de sus canciones es similar a la nuestra. En cuanto al registro bocal si es distinto, pues mientras los humanos tenemos dos octavas, ellos superan las siete; sin embargo, son notas separadas por intervalos pequeños, componiendo canciones que podrían incluso gustarnos (Bencivelli, 2011).

La similitud que tenemos con el canto de los pájaros también es muy grande y por esa razón ambos cantos son agradables a nuestro oído. Además, los pájaros han

sido fuente de inspiración para los compositores. Diversos compositores como George Frideric Handel, Girolamo Frescobaldi, Francois Couperin, Jean-Philippe Rameau o Antonio Vivaldi habían escuchado el canto de estos maestros de la música. Por mencionar algunas piezas se encuentran las cuatro estaciones de Vivaldi, El ruiseñor, opera compuesta por Igor Stravinsky, La flauta mágica de Mozart (Geffrotin, 2013).

4.2.3 Música instrumental

Uno de los más conocidos y estudiados es el efecto Mozart el cual surgió por un estudio realizado en la Universidad de California en donde se demostró que los niños que se exponen a la música de Mozart antes de una prueba de inteligencia, demuestran una mejor puntuación comparados con un grupo control (Lozano, Santos y García-García, 2013).

En 1993 la psicóloga Frances Rauscher y el neurobiólogo Gordon Shaw de la Universidad de Wisconsin realizaron un estudio con treinta y seis estudiantes universitarios en donde se les puso durante diez minutos una sonata de Mozart y describieron los efectos positivos en las pruebas de razonamiento espacio-temporal. Se han continuado realizando investigaciones relacionadas con el tema en donde reafirman que la música de Mozart activa la corteza auditiva, zonas asociadas con la emoción, áreas del cerebro vinculadas con la coordinación motora fina, la visión y procesos superiores del pensamiento (Lozano, Santos y García-García, 2013).

La música sinfónica e instrumental se utiliza en hospitales, en fábricas, bibliotecas y otros espacios, propiciando relajación, concentración, memorización, creatividad y análisis (Correa, 2010).

En conclusión, la música y todos los distintos estilos musicales que existen hoy en día, tiene diversas características que, a lo largo de la historia del hombre, han evolucionado y se han convertido en parte esencial para la vida diaria. Debido a estas características y a las diferentes emociones y sentimientos que provoca, la música es una excelente opción para lograr mejorar la calidad de vida de las personas, entre ellas, el grupo con discapacidad intelectual.

MÉTODO

Planteamiento del problema

El aumento en la esperanza de vida, la disminución en la mortalidad, los cambios en los patrones de morbilidad, así como la reducción de la fecundidad, han tenido un efecto directo en el incremento de la población con discapacidad (INEGI, 2000). Además, el problema de marginación de que es objeto dicha población, nos obliga a buscar nuevos métodos que permitan mejorar la calidad de vida de este grupo social. Como se indicó en el apartado anterior, la música es un elemento indispensable para el ser humano, pues provoca sensaciones y emociones distintas en cada persona (Storr 2007, citado en Pérez, 2013), mismas que se pretenden expresar y externar para lograr una mejor calidad de vida.

Objetivo general

Elaborar la propuesta de un taller basado en actividades musicales, con la finalidad de favorecer la calidad de vida en la población de la tercera edad con diagnóstico de discapacidad intelectual.

Objetivos específicos

- Utilizar la música como elemento para mejorar la calidad de vida en la población de tercera edad con diagnóstico de discapacidad intelectual.
- Mejorar la capacidad de estas personas de seguir indicaciones.
- Mejorar la forma en que esta población se expresa, tanto verbal como no verbal.
- Mejorar la flexibilidad motriz.

- Favorecer la comunicación física y emocional en el entorno.
- Mejorar el autoconcepto de las personas.
- Aumentar la capacidad de atención en tiempo y profundidad.
- Lograr una adecuada expresión de los sentimientos, tanto evidentes como no evidentes de forma verbal y no verbal.

Hipótesis de trabajo

La música favorece la calidad de vida en la población de la tercera edad con diagnóstico de discapacidad intelectual.

Definición de Variables

Definición conceptual

- Discapacidad intelectual

La última definición aprobada por la Asociación Americana sobre la Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD) fue propuesta en el año 2002 por Luckasson, quien la define como *“una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas, tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años”*. (AAIDD, 2013).

- Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002 la define como *“La percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la*

cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.”.

- Tercera edad

La mayoría de los países del mundo desarrollado han aceptado la edad cronológica de 65 años como definición de “persona mayor”. Por el momento no existe un criterio numérico estándar en la Naciones Unidas, pero la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordaron que a partir de los 60 años se tomará en cuenta para entrar dentro del grupo de la tercera edad. (OMS, 2014).

- Música

La definición exacta de la música ha sido objeto de un largo debate, la Real Academia Española la define como *“melodía, ritmo y armonía, combinados”, “la sucesión de sonidos modulados para recrear el oído”,* también como *“Arte de combinar los sonidos de la voz humana o de los instrumentos, o de unos y otros a la vez, de suerte que produzcan deleite, conmoviendo la sensibilidad, ya sea alegre o tristemente”.* (Diccionario de la lengua española, 2001).

Definiciones operacionales

- Discapacidad intelectual

El concepto de discapacidad intelectual, desde el punto de vista operacional, dentro de este trabajo, no difiere de la conceptual. Es decir, se tomará en cuenta la

definición aprobada por la Asociación Americana sobre la Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD) en el 2013, citada anteriormente.

- Calidad de vida

Durante esta tesis, tomaremos como referencia la definición que presentan Schalock y Verdugo en el 2007: *“Calidad de Vida es un estado deseado de bienestar personal que: a) es multidimensional; b) tiene propiedades éticas (universales) y émicas (ligadas a la cultura); c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y d) está influenciada por factores personales y ambientales”*. Schalock (citado en Lozano, Tovar y Trujillo, 2003) considera a la calidad de vida como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

- Tercera edad

En las personas con discapacidad, la disminución de las habilidades físicas, biológicas y cognitivas se observarán a partir de los 45 años y será esta edad la que se tomará en cuenta como indicadora del inicio de la tercera edad (Millán-Calenti, Meleiro, Quintana, López-Rey, Vázquez de la Parra y López-Sande, 2003).

- Música

Tomando en cuenta las definiciones mencionadas con anterioridad, propuestas por la lengua española, se propone a la música como un lenguaje organizado, un

elemento cultural y un factor generador de emociones (Lozano, Santos y García-García, 2013).

Escenario

Se podrá llevar a cabo dentro de centros educativos o enfocados a la inserción laboral de la población con discapacidad intelectual. Se requerirá un salón amplio para que los participantes tengan espacio suficiente para realizar las actividades sin chocar entre ellos. Además, será necesario contar con espejos grandes en las paredes para que puedan observar su cuerpo mientras realizan las tareas solicitadas.

PROPUESTA DE UN TALLER DE MÚSICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN DE LA TERCERA EDAD CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Objetivo general

Favorecer la calidad de vida en la población de tercera edad con diagnóstico de discapacidad intelectual a través de un taller de música.

Justificación

El proyecto estará centrado en expresar y externar emociones y sensaciones a través de la música, aprovechando los beneficios que esta tiene. La idea de proponer el siguiente taller se basa en diversas necesidades que presentan las personas con discapacidad intelectual. Una de ellas es la dificultad que tienen de comunicarse y expresarse debido a impedimentos físicos relacionados a la misma discapacidad; por lo tanto, se pretende organizar un espacio en el que se puedan expresar libremente, ser creativos y convivir entre ellos.

Por otro lado, la actividad motriz (baile) provocada por la música de manera un tanto inconsciente, proporciona un bienestar general, favorece notablemente la psicomotricidad fina y gruesa, la flexibilidad y el control corporal. Esto les permitirá funcionar y organizarse lo más autónomamente posible, además de tener el control sobre una situación o entorno.

Tomando en cuenta el concepto descrito por Schalock en el 2007 sobre calidad de vida, el taller se enfocará principalmente en cuatro de las ocho necesidades en las cuales la clasificó, estas son: bienestar emocional, desarrollo personal, bienestar físico e inclusión social.

Es importante resaltar que dicho taller deberá ser visto como una actividad lúdica centrada en la música, como un medio que buscará favorecer la calidad de vida por medio de actividades que enriquezcan a la persona en un aspecto físico, emocional y social.

Metodología

Participantes

El taller se podrá llevar a cabo con personas de la tercera edad con discapacidad intelectual leve y/o moderada.

Materiales

Una grabadora en la cual se reproducirá la música, los géneros escuchados serán variados (música clásica, jazz, sonidos de la naturaleza, cumbia, salsa, cha cha cha, rock en español, música africana, principalmente), y se elegirán de acuerdo a la actividad realizada y a las preferencias de los participantes. Se requerirá contar con uno o varios espejos dentro del espacio en donde se llevará a cabo el taller, con el fin de que las personas puedan ver su cuerpo. Material reciclado (botellas, cartón, semillas, latas, etc.) para la realización de la actividad que consiste en elaboración de instrumentos musicales.

Procedimiento

El taller puede realizarse dos veces por semana, por la mañana y con una duración de 50 min. por sesión. No se propone su duración durante un periodo establecido, sino que se sugiere que forme parte de las actividades normales del lugar (Ver Carta descriptiva Pág. 113).

La persona encargada o coordinador de las actividades deberá tener una formación preferentemente en psicología con conocimientos en el área musical, pues para las funciones que deberá realizar se requiere un amplio conocimiento sobre la discapacidad, sus características y limitaciones, el concepto de tercera edad y los alcances y beneficios de la música. Como cualidades, la persona encargada se deberá expresar de manera clara, deberá ser respetuosa, comprensiva y paciente.

Cada sesión de 50 min. se dividirá en cuatro partes:

1ª parte

- Estiramiento. Con música variada y poniendo al grupo en círculo, se realizarán diversos ejercicios de calentamiento, comenzando por la cabeza, cuello y hombros, continuando por el tronco y finalizando por piernas y pies. Dichos ejercicios ayudarán a mejorar la salud física y servirán como inicio de las siguientes actividades. La actividad no requiere de un silencio absoluto, simplemente se deberá prestar atención para que cada persona realice adecuadamente los ejercicios hasta donde su condición lo permita.

2ª parte

- 1ª Actividad. Dependiendo el objetivo de la sesión, se realizará alguna actividad de las mencionadas en la carta descriptiva.

3ª parte

- 2ª Actividad. Según el objetivo de la sesión, se realizará una actividad distinta de las mencionadas en la carta descriptiva.

4ª parte

- Cierre. Consistirá en hacer un pequeño análisis o resumen de la sesión, con la finalidad de que las personas logren identificar emociones, sentimientos o avances realizados. Se utilizará música instrumental o ambiental con bajo volumen, para que las personas se vayan tranquilas y concluir así la sesión.

En caso de que se les dificulte platicar libremente, se puede intervenir preguntándoles a algunas participantes su experiencia durante la sesión y, si surge algún tema que sea importante para todo el grupo, será positivo platicar sobre el tema y permitir que el resto del grupo opine, siempre de manera ordenada.

Carta descriptiva

Nombre: Taller de Música y Danza

Duración: 2 veces por semana, formando parte de las actividades normales del lugar

No. de horas: 50 minutos cada sesión

Objetivo general: Favorecer la calidad de vida en la población de tercera edad con diagnóstico de discapacidad intelectual

No de Semana	No. de Sesión	Actividad	Objetivos	Materiales	Procedimiento	Evaluación
1	1	Estiramiento	<ul style="list-style-type: none"> - Lograr que el grupo se familiarice entre sí y con la persona encargada de impartir el taller - Favorecer la flexibilidad y estimular la coordinación de todo el cuerpo 	Grabadora, música variada de preferencia instrumental y balada (no bailables)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocando al grupo en círculo, pedir que cada participante se presente y mencione lo que le gusta hacer. 2. Posteriormente, se realizarán diversos ejercicios de calentamiento, comenzando por la cabeza, cuello y hombros, continuando por el tronco y finalizando por piernas y pies 	El psicólogo elaborará una lista con las cualidades y dificultades que observe en los participantes, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> -sigue el ritmo de la música -es muy alegre - se distrae con facilidad - tiene dificultad en el movimiento de los brazos (Ver Anexo 1)
		Baile	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer el control corporal - Conocer las cualidades y dificultades de cada uno de los participantes 	Grabadora, música de diversos géneros bailables como cha cha cha,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedir al grupo que se coloque en parejas y baile la canción seleccionada 2. El baile será libre, sin embargo, se 	

		<p>dificultades de cada uno de los participantes</p> <p>- Mejorar la participación de una actividad en grupo</p>	<p>mambo, salsa, cumbia, entre otros.</p>	<p>sugerirá que realicen algunos ejercicios de coordinación como bailar tomados de las manos, dar vueltas o aplaudir</p> <p>3. Al finalizar la canción se pedirá que cambien de parejas y se pondrá otra canción de un género distinto.</p>		
	<p>Práctica sobre el objetivo del taller y las actividades a realizar</p>	<p>- Conocer los gustos musicales de cada uno</p> <p>- Explicar las actividades que se realizarán a lo largo del taller</p>	<p>_____</p>	<p>1. Pedir al grupo que se siente en el suelo formando un círculo</p> <p>2. El psicólogo preguntará a cada uno cuáles son sus géneros musicales favoritos, si les gusta bailar, cantar o alguna actividad relacionada con la música</p> <p>3. Posteriormente se les comentará cuales serán algunas de las actividades que se realizarán durante el taller y la importancia que tiene la música para su vida.</p>	<p>El psicólogo elaborará una lista con los gustos musicales de los participantes para considerarlos en las próximas sesiones</p>	
2	<p>Estramiento</p>	<p>- Favorecer la flexibilidad y estimular la coordinación de todo el cuerpo</p> <p>- Establecer el patrón de actividades que se llevará a cabo durante el taller</p>	<p>Grabadora, música variada de preferencia instrumental y balada (no bailables)</p>	<p>1. Colocando al grupo en círculo, se realizarán diversos ejercicios de calentamiento, comenzando por la cabeza, cuello y hombros, continuando por el tronco y finalizando por piernas y pies</p>	<p>El psicólogo observará que los movimientos realizados por los participantes se ejecuten adecuadamente, dependiendo las posibilidades de cada uno.</p>	
	<p>Imitación sonido de los animales</p>	<p>- Recordar el sonido y movimientos de los animales (memoria remota)</p> <p>- Estimular la coordinación voz-cuerpo</p>	<p>_____</p>	<p>1. Se mencionarán nombres de algunos animales y se le pedirá al grupo que imite los sonidos que hacen</p> <p>2. Se le pedirá a los participantes que puedan hacerlo, que realicen los movimientos de acuerdo al animal solicitado anteriormente</p>	<p>El psicólogo deberá observar si los participantes conocen y realizan adecuadamente los sonidos de los animales y deberá identificar si existen dificultades</p>	

					2. Realizar esta actividad con diferentes canciones y diferentes ritmos 3. Posteriormente se pondrá una canción y el grupo deberá marcar el ritmo sin ayuda del psicólogo	
	Baile congelado	- Favorecer el autocontrol corporal y la comunicación no verbal - Seguir las instrucciones dadas	Grabadora, música de diversos géneros bailables como cha cha cha, mambo, salsa, cumbia, entre otros.	1. Ya sea en círculo o en parejas, se le pedirá al grupo que baile libremente y después de un tiempo el psicólogo detendrá la música y pedirá al grupo que realice alguna indicación como quedarse congelados en una posición específica o en la última posición que tenían, que tomen una pareja o que emitan algún sonido.	El psicólogo observará si los participantes fueron capaces de mantener el control corporal al momento de detener la música	
	Plática sobre las actividades realizadas	- Expresar emociones y sentimientos	_____	1. Pedir al grupo que se siente en el suelo formando un círculo 2. Se le preguntará al grupo si lograron realizar las actividades adecuadamente qué sintieron al no poder moverse, cómo fueron capaces de seguir el ritmo en una canción y cómo se sintieron con las actividades en general.	El psicólogo deberá escuchar y observar los comentarios sobre las emociones y sentimientos de los participantes	
4	Estiramiento	- Favorecer la flexibilidad y estimular la coordinación de todo el cuerpo	Grabadora, música variada de preferencia instrumental y balada (no ballables)	1. Colocando al grupo en círculo, se realizarán diversos ejercicios de calentamiento, comenzando por la cabeza, cuello y hombros, continuando por el tronco y finalizando por piernas y pies	El psicólogo observará que los movimientos realizados por los participantes se ejecuten adecuadamente, dependiendo de las posibilidades de cada uno.	
	Baile con espejo	- Permitir que los participantes logren tomar conciencia de	Grabadora, espejo grande colocado en las paredes del	1. Se le pedirá al grupo que forme una hilera y con música de fondo, deberán bailar por el espacio	El psicólogo deberá observar los movimientos de los	

		su cuerpo y de los movimientos que pueden realizar por medio del ritmo musical	salón, música de diversos géneros bailables como cha cha cha, mambo, salsa, cumbia, entre otros.	establecido, pasando al frente de los espejos 2. Las personas deberán observar su cuerpo durante el baile y se les pedirá que intensifiquen los movimientos o realicen algunos gestos 3. Deberán pasar por el espejo en repetidas ocasiones y se deberá cambiar la canción para que cambien los ritmos	participantes durante el baile y repetir la instrucción a los participantes que no se observen al espejo o que no realicen las instrucciones dadas.	
	Contar historia	- Recordar y reconocer eventos de la vida diaria en los que se haya o no participado de manera directa	Grabadora, música instrumental o ambiental (sonidos de animales como ballenas o pájaros, o sonidos de la naturaleza). La música dependerá de la actividad que se pretenda realizar.	1. Pedir al grupo que se siente o acueste, cierran los ojos y se relajen 2. Colocar la melodía seleccionada anticipadamente y guiar al grupo para que elabore cada uno, una historia propia dependiente el objetivo del día. 3. Es decir, se les podría plantear que se imaginen en su lugar favorito, que imaginen con qué personas están, a qué huele, qué ven o qué sienten, todo esto sin hablar, únicamente utilizando la imaginación 4. Al finalizar, pedir que abran los ojos	El psicólogo deberá observar que los participantes sigan las instrucciones y elaboren su propia historia.	
	Platica sobre las actividades realizadas	- Resolución de conflictos con personas o situaciones específicas - Orientación a la realidad		1. Pedir al grupo que se siente en el suelo formando un círculo 2. Se le pedirá al grupo que comente lo que sintió mientras veía su cuerpo en el espejo, que pensaron y qué vieron 3. Además se les pedirá que comenten lo que cada una imaginó en su historia y el psicólogo los orientará para que externen las inquietudes que tengas respecto a lo que imaginaron. Se resolverán los conflictos y temores con ayuda del psicólogo y de todos los compañeros.	El psicólogo deberá identificar los temores o conflictos de los participantes para tratarlos durante la sesión y guiarlos para su resolución	

		Conga	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el movimiento de coordinación de la actividad grupal y del movimiento del cuerpo - Mejorar la interacción entre los compañeros 	Grabadora, espejo grande colocado en las paredes del salón, música de diversos géneros bailables como cha cha cha, mambo, salsa, cumbia,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedir al grupo que se coloque en una hilera 2. Poner la canción elegida con anterioridad y solicitar que bailen siguiendo siempre a la fila 3. La persona que se encuentre al frente será la que guíe al grupo durante un tiempo, después se 	El psicólogo deberá guiar la actividad, con la finalidad de que todas las personas del grupo logren dirigir la fila y realicen los movimientos
3	5	Canto	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular el lenguaje - Hacer conciencia de los elementos que tiene la música (tono, volumen y ritmo) 	Grabadora, música con letra sencilla de gesticular y conocida por la mayoría de los participantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se escuchará la canción seleccionada varias veces para que las personas se familiaricen o la reconozcan 2. Después de escucharla, se pondrá nuevamente y se le pedirá al grupo que canten, modulando el tono, el volumen y el ritmo 3. Para mejorar la gesticulación de alguna persona del grupo, se utilizará un lápiz o palito de madera, se colocará en la boca de manera horizontal y así se realizará la actividad 4. En caso de que alguna persona quiera inventar gestos o realizar movimientos corporales con la canción, lo podrán hacer ya se de manera individual o proponerlo como una actividad 	El psicólogo deberá estar atento durante toda la actividad, para identificar problemas en la gesticulación, ritmo, tono y volumen.
		Estiramiento	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la flexibilidad y estimular la coordinación de todo el cuerpo 	Grabadora, música variada de preferencia instrumental y balada (no bailables)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocando al grupo en círculo, se realizarán diversos ejercicios de calentamiento, comenzando por la cabeza, cuello y hombros, continuando por el tronco y finalizando por piernas y pies 	El psicólogo observará que los movimientos realizados por los participantes se ejecuten adecuadamente, dependiendo de las posibilidades de cada uno.

			entre otros.	pasará al final de la fila para que sea otra persona quien lo guíe y así sucesivamente	solicitados.
		- Expresar sentimientos, emociones y opiniones		4. Durante el ejercicio los movimientos pueden ya sea ser libre, imitando a la persona que se encuentre al frente o al coordinador de la actividad	
	Platica sobre las actividades realizadas		_____	1. Pedir al grupo que se siente en el suelo formando un círculo 2. Se pedirá al grupo que comente cómo se sintieron durante el canto, si les gustó la canción y si se les dificultó realizarla cuidando los elementos de la música 3. Posteriormente se platicará acerca de la interacción durante la conga y cómo se sintieron al realizar esta actividad	El psicólogo deberá escuchar lo que sintieron las personas al realizar las actividades y guiar la plática para que expresen posibles conflictos dentro del grupo.
		- Favorecer la flexibilidad y estimular la coordinación de todo el cuerpo	Grabadora, música variada de preferencia instrumental y balada (no bailables)	1. Colocando al grupo en círculo, se realizarán diversos ejercicios de calentamiento, comenzando por la cabeza, cuello y hombros, continuando por el tronco y finalizando por piernas y pies	El psicólogo observará que los movimientos realizados por los participantes se ejecuten adecuadamente, dependiendo las posibilidades de cada uno.
6		- Fomentar la creatividad	Material reciclado (botellas, semillas, palos de madera, botes de plástico, papel, cartón, etc.)	1. Utilizando el material reciclado, pedir al grupo que cada uno realice su propio instrumento musical 2. En caso de que alguna persona tenga dificultad con la tarea solicitada, se podrán dar algunas ideas o ayudar a las personas a las cuales se les dificulten actividades de motricidad fina	El psicólogo deberá observar y apoyar al grupo para que los instrumentos se elaboren adecuadamente
	Elaboración de instrumentos musicales				

		Práctica con instrumentos musicales hechos	<ul style="list-style-type: none"> - Interactuar de manera verbal y no verbal con los compañeros - Focalizar y mantener la atención en el área musical 	Instrumentos elaborados anteriormente por el grupo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le pedirá al grupo que experimente el sonido de su propio instrumento y que le ponga un nombre 2. Posteriormente, se mencionará el nombre de cada persona o de su instrumento, para que, siguiendo un orden, se forme una melodía con diferentes sonidos y ritmos 3. Se podrá pedir también que todos realicen el mismo ritmo o que solo se escuchen ciertos instrumentos 4. Ya que la actividad se haya entendido correctamente, se elegirá a una persona para que indique qué instrumentos deberán sonar y entre todos se elabore una canción 	Será función del psicólogo identificar los instrumentos de cada participante y coordinar la actividad logrando que exista una congruencia en los ritmos de cada uno
		Platica sobre las actividades realizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Expresar sentimientos, emociones y opiniones 	_____	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedir al grupo que se siente en el suelo formando un círculo 2. Preguntar cómo se sintieron con las actividades realizadas, si quedaron conformes con el instrumento realizado, qué sonido tenía, qué otro instrumento les gustó cómo sonaba, si les costó trabajo coordinar los instrumentos de todos. 	El psicólogo deberá identificar qué sentimientos y emociones surgieron de la actividad y guiar al grupo para elevar su autoestima a partir de la experiencia exitosa
4	7	Estiramiento	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la flexibilidad y estimular la coordinación de todo el cuerpo 	Grabadora, música variada de preferencia instrumental y balada (no bailables)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocando al grupo en círculo, se realizarán diversos ejercicios de calentamiento, comenzando por la cabeza, cuello y hombros, continuando por el tronco y finalizando por piernas y pies 	El psicólogo observará que los movimientos realizados por los participantes se ejecuten adecuadamente, dependiendo las posibilidades de cada uno.
		Orquesta	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer los sonidos 	Grabadora, música	<ol style="list-style-type: none"> 1. El grupo deberá encontrarse de pie 	El psicólogo deberá

		de los instrumentos - Recordar los instrumentos y la forma de tocarlos	instrumental. La canción a escoger deberá ser una en la cual se logren distinguir con claridad los instrumentos y que permita realizar la actividad con facilidad, es decir, no se elegirá un allegro pues el ritmo es rápido y posiblemente se les dificulte.	y con los ojos cerrados 2. Pedir al grupo que preste mucha atención a la melodía Posteriormente, deberán mover el cuerpo simulando que tocan algún instrumento o que son directores de la orquesta 3. En caso de que alguna persona no logre entender el ejercicio o no conozca los instrumentos, se podrán mencionar algunos nombres con ayuda de todo el grupo e indicar el movimiento.	lograr que los participantes escuchen atentamente la música presentada, logren identificar los instrumentos y seguir con el cuerpo el ritmo.	
	Práctica con instrumentos musicales	- Expresar a nivel no verbal emociones y sentimientos - Estimular la coordinación mano-mano según el ritmo escuchado	Instrumentos elaborados anteriormente por el grupo, grabadora, música variada	1. Se pondrá una canción seleccionada anteriormente y se le pedirá al grupo que la escuche atentamente 2. Posteriormente, se les pedirá que marquen el ritmo con su propio instrumento 3. Quien desee cantar o realizar algún otro movimiento, podrá hacerlo	El psicólogo deberá elaborar una lista con las cualidades y dificultades que observe en los participantes, con la finalidad de identificar los logros y avances de cada persona. (Ver Anexo 1)	
	Plática sobre las actividades realizadas	- Explicar los logros realizados durante el taller - Elevar el autoestima a partir de experiencias exitosas		1. Pedir al grupo que se siente en el suelo formando un círculo 2. Preguntar cómo se sintieron durante las actividades, qué sintieron al escuchar música con los ojos cerrados, comentar miedos y logros experimentados durante todo el taller	Será función del psicólogo rescatar los logros más importantes de cada uno de los participantes para que ellos se den cuenta de sus avances.	

CONCLUSIONES

La propuesta de un Taller de Música y Danza, descrita en la presente tesis, se basa en la aplicación vivencial del mismo, realizada en la Institución “Camino Abierto I.A.P.” ubicado en la Ciudad de México, la cual presta servicios de pedagogía y psicología durante la mañana a mujeres con diagnóstico de discapacidad intelectual leve y moderada. Las edades de las mujeres del plantel oscilan entre los 40 y los 60 años, es por esta razón que surge la idea de prestar atención a las necesidades de esta población que, además de contar con las limitaciones propias de su condición, comienzan a desarrollar un deterioro físico y mental debido al proceso natural de envejecimiento.

El taller se llevó a cabo dos veces por semana en un horario de 11:00 a 11:50 de la mañana, durante mes y medio, y se realizaron la mayoría de las actividades descritas anteriormente en la Carta descriptiva (ver Pág. 113). La razón por la cual no se presentan los resultados detallados en este documento, es debido a que no se contó con observadores que apoyaran a la recolección de información, y por lo tanto, los datos resultaban insuficientes para poder estructurar un análisis; sin embargo, derivado de las experiencias adquiridas en el ejercicio del taller, en la elaboración de esta tesis se tomaron en cuenta las observaciones realizadas durante todo el proceso, con el fin de presentar las actividades con mejor aceptación y en las que se percibieron mayores cambios en las participantes. Los géneros musicales propuestos también se derivaron del gusto y preferencia del grupo focal.

El taller realizado tuvo bastante aceptación por parte de los participantes y de los maestros de la Institución, pues, además de convertirse en un espacio de libre expresión, se volvió una gran diversión para las alumnas, razón por la cual se estima que cumplió el objetivo de obtener una mejora en la calidad de vida. Por lo anterior, como se menciona en la descripción del taller, se sugiere establecer el Taller de Música y Danza como una actividad lúdica, dentro del horario normal de clase en diversos centros educativos o de inserción laboral.

Es de suma importancia, como sociedad, comenzar a ahondar un poco más en el tema de la discapacidad, pues la esperanza de vida va en aumento, lo que implica un crecimiento en la población de la tercera edad. Razón por la cual resulta importante prestar atención en las medidas a realizar con el fin de incrementar o mantener la calidad de vida de esta población.

La Calidad de Vida (tomando como base la definición propuesta por Schalock y Verdugo, 2007), es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a ocho necesidades: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Debido a la subjetividad del concepto, es necesario involucrarnos desde una perspectiva igualmente subjetiva pero con características universales como lo es la música.

La música es un excelente medio que favorece la interacción social, el bienestar emocional y acrecienta la capacidad motora. A través de diferentes actividades, es posible reunir estos tres elementos para elaborar un taller que permita que las

personas de la tercera edad, con discapacidad intelectual, logren sentirse mejor con ellos mismos, aumenten sus capacidades sociales -disminuyendo así la marginación con la familia y la sociedad- y hagan que el deterioro, a causa de la edad y la propia discapacidad, se vuelva más tolerable.

Cabe mencionar que, como parte del desarrollo de este trabajo, se revisaron diferentes modelos para mejorar la calidad de vida, los cuales, aún cuando están enfocados principalmente a personas con problemas conductuales o de adicciones, sirven de referencia para el tema analizado.

Así pues, revisado el tema de la música como medio de expresión y comunicación, se considera que ésta es un buen elemento, adecuado para integrarse en la realización de un taller para población con discapacidad intelectual. De igual manera, permite desarrollar actividades simples (por ejemplo, escuchar una melodía o mover alguna parte del cuerpo al ritmo de la música), que resultan ser un aspecto favorable para el trabajo con personas de la tercera edad.

Entonces, el planteamiento de integrar un taller de música y danza en un centro educativo o de capacitación laboral, es óptimo para mejorar la calidad de vida de personas de la tercera edad con diagnóstico de discapacidad intelectual, además de que presenta una gran solidez, toda vez que se realizó con una población anteriormente y se revisaron las bases teóricas. Su aplicación o elaboración, dentro de centros educativos o de inserción laboral es sencilla, pues se plantea como una actividad lúdica impartida por un psicólogo con conocimientos en el área musical, en

la cual las personas pasan un rato agradable y de manera aparentemente inconsciente, se logran los objetivos mencionados.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Dado que es una propuesta basada en la experiencia de la autora, se sugiere que para aplicaciones posteriores del Taller de Música y Danza planteado, se planee con anticipación y se realice un seguimiento ordenado del taller. El psicólogo deberá hacer una evaluación inicial, antes de comenzar el taller, y una evaluación final; además, al final de cada sesión se deberán registrar los avances y puntos importantes observados, para que, de esa manera, se puedan conocer los aspectos a mejorar en cada una de las personas.

Para una evaluación integral del taller, será adecuado contar con observadores que apoyen durante las sesiones a retomar los datos, de manera que resulte más completo y objetivo el panorama de la evaluación.

De igual forma, será importante que quien imparta el taller sea un psicólogo con conocimientos en música pues, además de realizar las evaluaciones correspondientes por sesión, la participación de éste en todas las actividades resulta de particular importancia para dar el ejemplo de la manera de realizar los ejercicios y para fomentar la integración del grupo.

El taller de música propuesto en la presente tesis es bastante flexible y se puede emplear con distintas poblaciones, como por ejemplo: personas con alguna otra discapacidad, como Síndrome de Down o el Síndrome de Asperger, o con niños, adolescentes y personas de la tercera edad sin discapacidad intelectual. Sin

embargo, es importante que se sigan los lineamientos establecidos en la carta descriptiva, la cual servirá como guía para la realización de las actividades, los objetivos y la evaluación.

Algunas limitaciones que se tuvieron al realizar el taller de música dentro de la Institución “Camino Abierto I.A.P.”, y las cuales deben considerarse para futuras aplicaciones son:

1. Las circunstancias para la aplicación de evaluaciones antes y después del taller para la obtención de resultados válidos no fueron las adecuadas debido a las continuas ausencias de las alumnas a la Institución,
2. El espacio establecido para el taller no siempre estaba disponible pues en ocasiones se utilizaba para otras actividades de la Institución y eso repercutía en la continuidad de las sesiones,
3. Debido al tiempo establecido para la realización de la tesis, no se logró aplicar el taller por un periodo más largo, lo cual hubiera sido ideal para observar los avances obtenidos por las alumnas posterior al taller.

Tomando en cuenta las sugerencias y limitaciones anteriores, el Taller de Música y Danza propuesto se podrá desarrollar de manera óptima, permitiendo así la mejora en la calidad de vida de las personas de la tercera edad con discapacidad intelectual.

REFERENCIAS

- Aguado, A., Alcedo, M., Fontanil, Y., Arias, B. y Verdugo, M. (2001). *Discapacidad y envejecimiento: Necesidades percibidas por las personas discapacitadas mayores de 45 años y propuesta de líneas de actuación*. Informe de proyecto de investigación, IMSERSO, Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. Recuperado el 19 de marzo de 2005, desde <http://sid.usal.es/mostrarficha.asp?ID=1279&Fichero=5.2.2>
- Alcaraz, M.J. y Pérez, F. (2010). *Significado, emoción y valor. Ensayos sobre filosofía de la música*. Grupo Machado: Boadilla del Monte, España.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2012). *About AAIDD's Environmental Health Initiative*, [en línea]. Washington, D.C. Recuperado el 5 de septiembre de 2012, de http://www.aaid.org/ehi/content_323.cfm
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2013). *Definition of Intellectual Disability*, [en línea]. Washington, D.C. Recuperado el 7 de agosto de 2014, de <http://aaid.org/intellectual-disability/definition>
- American Dance Therapy Association *About Dance/Movement Therapy*. [en línea]. Columbia. Recuperado el 07 de mayo de 2014 de http://www.adta.org/About_DMT/
- American Music Therapy Association (2005). *What is Music Therapy*. [en línea]. Recuperado el 06 de mayo de 2014 de <http://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>

- American Psychiatric Association Washington. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Elsevier Masson: Barcelona.
- Antequera, R. (2006). *Evaluación psicológica del maltrato en la infancia*. Cuad. Médica forense, pag. 43-44. Recuperado el 04 de Febrero de 2014 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100010
- Barrios, M. P., Serrano, M. (2011). *Danzas rituales en los países iberoamericanos*. Musaexi. Universidad de Extremadura: España.
- Bencivelli, S. (2011). *Por qué nos gusta la música*. Roca Editorial: Barcelona.
- Benenzon, R. (2011). *Musicoterapia: de la teoría a la práctica*. Paidós: Barcelona.
- Berjano, E. y García, E. (2010). *Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI*, [en línea]. Madrid: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. Recuperado el 23 de septiembre de 2012 de <http://www.feaps.org/archivo/publicaciones-feaps/libros/coleccion-feaps/304-discapacidad-intelectual-y-envejecimiento-un-problema-social-del-siglo-xxi.html>
- Borja, V. y Solís, P. (2012). *Taller de música y danza: Expresión corporal en un centro de apoyo a la integración de personas con discapacidad intelectual*. Revista Digital de Educación Física, Num 14. [en línea] Recuperado el 35 de Abril de 2014 de [file:///C:/Users/Rebeca/Downloads/Dialnet-TallerDeMusicaYDanzaExpresionCorporalEnUnCentroDeA-3859379%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Rebeca/Downloads/Dialnet-TallerDeMusicaYDanzaExpresionCorporalEnUnCentroDeA-3859379%20(2).pdf)
- Caballo, V., Buela-Casal, G. y Sierra, J. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*: Siglo 21 Editores: Madrid.

- Campo, M. I. (2003). *Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual*. [en línea]. Información Psicológica No 83, 15- 19. Recuperado el 28 de agosto de 2012 de <http://www.informaciopsicologica.info/uploads/revistas/IP83.pdf#page=15>
- Castañón, M. R. (2001), *La danza en la musicoterapia*. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, n° 42, pp. 77-90. Recuperado el 17 de Febrero de 2014 de http://aufop.com/aufop/uploaded_files/revistas/122218170910.pdf#page=19
- Chamorro, M. *Musicoterapia para personas con necesidades especiales*. Discapacidad y Nordoff Robbins. [en línea] Recuperado el 04 de Febrero de 2014 de <http://www.lamusicoterapia.com/articulos/ultimos-articulos/discapacidad-y-nordoff-robbins.html>
- Congreso del Estado de Durango. (2011). Ley para la Protección de las Personas con Deficiencia Mental. Instituto de Investigaciones, Estudios Legislativos y Asesoría Jurídica. [en línea]. Recuperado el 24 de agosto de 2014 de <http://congresodurango.gob.mx/Leyes/72.PDF>
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (2011). *Leyes y Documentos*, [en línea]. México. Recuperado el 6 de septiembre de 2012 de http://www.conadis.salud.gob.mx/interior/leyes_docs/leyes_docs1.html
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (2012, 10 de agosto). *Acerca del CONADIS*, [en línea]. D.F., México. Recuperado el 6 de septiembre de 2012 de <http://www.conadis.salud.gob.mx/interior/acerca/historia1.html>

- Correa, E. (2010). *Los beneficios de la música*. Revista Digital: innovación y experiencias, (26), 1-10. Granada. [en línea] Recuperado el 06 de Mayo de 2014 de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_26/ERNESTO_CORREA_2.pdf
- Crandall, J. (2003) *Musicoterapia. La autotransformación por medio de la música*. Neo Person Ediciones: Madrid.
- Cuadrado, J. (2010), *Indicadores de Salud en Personas con Discapacidad Intelectual*, [en línea]. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado el 01 de Febrero de 2014, de http://www.feaps.org/biblioteca/documentos/indicadores_salud.pdf
- Programa de Atención a Personas con Discapacidad para el Ejercicio fiscal 2014. (2013) *Oficial de la Federación*. México (28 de Diciembre de 2013).
- Diccionario de la lengua española (2001). *Música*. 22ª edición, Madrid, España.
- Duque, F.L., Torres, L.J. y Urbano, L.J. (2007). *Influencia de la danza de la cumbia en el desarrollo de la inteligencia cinestésico-corporal propuesta por Howard Gardner*. Tesis para obtener el grado de licenciatura Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia. [en línea] Recuperado el 06 de Mayo de 2014 de <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/handle/11059/498>
- EDEX (2010). *Habilidades para la vida: un modelo para educar con sentido*. [en línea]. Zaragoza, España. Recuperado el 15 de agosto de 2014 de http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Profesionales/Salud%20publica/Promoci%C3%B3n%20salud%20escuela/Red%20Aragonesa%20Escuelas%20Promotoras%20Salud/Jornadas/Un_modelo_para_educar_con_sentido.pdf

- Fernández, T. (2008). *Educación, música y lateralidad: algunos estudios psicológicos y tratamientos*. Enseñanza e Investigación en Psicología, 13(1), 107-125 [en línea] Recuperado el 07 de Mayo de 2014 de http://cneip.org/documentos/revista/CNEIP_13_1/Fernandez_de_Juan.pdf
- Fernández, R. (2009). *Psicogerontología. Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Ediciones Pirámide: Madrid, España:
- Fischman, D. (2001). *Danzaterapia: orígenes y fundamentos* [en línea]. Recuperado el 11 de agosto de 2014 de http://www.brecha.com.ar/danzaterapia_origenes_fundamentos.pdf
- Flórez, J. (1999). Aspectos médicos del anciano con deficiencia mental. En J. Gafo y J. R. Amor. (Ed.). *Deficiencia mental y final de vida* (p.p. 65-82). Universidad Pontificia Comillas: Madrid
- Foro Iberoamericano de Arteterapia. *¿Qué es el Arteterapia?*. [en línea] Recuperado el 09 de agosto de 2014 de http://www.arteterapiaforo.org/que_es.html
- Geffrotin, T. (2013) *La música clásica en 100 palabras*. Paidós: Barcelona.
- Guillen, V., Verdugo, M.A., Arias, B., Navas, P. y Vicente, E. (2012), *La evaluación de las necesidades de apoyo como recurso para mejorar la calidad de vida de los niños con discapacidad intelectual*. Ponencia presentada en la VIII Jornada Científica Internacional de Investigación sobre Discapacidad: INICO, Universidad de Salamanca, Universidad de Valladolid. Salamanca, España.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. 6ª edición, Mac Graw Hill: México.
- Hernández, Y. (2006,1). *Acerca del género como categoría analítica*. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* [en línea]. Universidad de Oriente: Santiago

- de Cuba. Recuperado el 22 de Abril de 2014 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18101309>
- INNATIA (2011). *Efectos de los sonidos de agua*. [en línea]. Recuperado el 07 de Mayo de 2014 de <http://www.innatia.com/s/c-musicoterapia/a-sonidos-de-agua-musica.html>
- Ingalls, R (1982) *Retraso mental: la nueva perspectiva*. El Manual Moderno: México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). *Las personas con discapacidad en México: Una visión censal* [en línea]. Aguascalientes, México. Recuperado el 8 de septiembre de 2012 de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Distribución porcentual de la población con discapacidad según causa de la discapacidad por cada entidad federativa*- México. Recuperado el 02 de Febrero de 2014 de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mdis04&s=est&c=277>
17
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010*. México. Recuperado el 02 de Febrero de 2014 de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf
- Leppert, M., Lipkin, P. y Perry, J. *Intellectual disability* [en línea]. Recuperado el 27 de agosto de 2012, de http://www.medmerits.com/index.php/article/intellectual_disability/P4
- Loza, J. (1999). Experiencia en Alava. En J. Gafo y J. R. Amor. (Ed.). *Deficiencia mental y final de vida* (p.p. 15-19). Universidad Pontificia Comillas: Madrid

- Lozano, O., Santos, S. y García-García, F. (2013). *El cerebro y la música*. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana, México. [en línea]. Recuperado el 09 de Mayo de 2014 de http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol13_num1/articulos/el_cerebro.pdf
- Martí, P. y Mercadal-Brotons, M. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. Monsa-Prayma: Barcelona.
- Millán-Calenti, J.C., Meleiro, L., Quintana, J., López-Rey, M. J., Vázquez de la Parra, P. y López-Sande, A. (2003). *Discapacidad intelectual y envejecimiento: un nuevo reto para el siglo XXI*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* [en línea]. No 38 (5). Recuperado el 18 de septiembre de 2012 de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/124/124v38n05a13053524pdf001.pdf>
- Millán, J.C., (2002), *Inclusión socio-laboral y envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual*, [en línea]- Coruña. Recuperado el 08 de Febrero de 2014 de [http://mail.feapsmurcia.org/aplicaciones/documentos.nsf/f7795ce567a99fc5c1256bec0056f3f8/b72f09f53bf65706c12578d30046d6f0/\\$F](http://mail.feapsmurcia.org/aplicaciones/documentos.nsf/f7795ce567a99fc5c1256bec0056f3f8/b72f09f53bf65706c12578d30046d6f0/$F)
- Molina, S. (1994) *Deficiencia Mental: Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Aljibe: Málaga, España.
- Montoya, I. y Muñoz, I. (2009). *Habilidades para la vida*. Revista de Formación del Professorat, nº4. [en línea]. Recuperado el 15 de agosto de 2014 de http://cefire.edu.gva.es/sfp/revistacompartim/arts4/02_com_habilidades_vida.pdf
- Muñoz, V. (2008). *Musicoterapia humanista un modelo de psicoterapia musical*. Libra: México.

- Navarrete, G. (2013). *Cómo afecta tu cerebro cada género musical*. CNN Español [en línea]. Recuperado el 13 de Febrero de 2014 de <http://cnnespanol.cnn.com/2013/01/18/como-afecta-a-tu-cerebro-cada-genero-musical/>
- Novell, R., Rueda P. y Salvador L. (2003). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*, [en línea]. Madrid, España: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. Recuperado el 10 de septiembre de 2012 de <http://www.feaps.org/archivo/publicaciones-feaps/libros/coleccion-feaps/311-salud-mental-y-alteraciones-de-la-conducta-en-las-personas-con-discapacidad-intelectual-guia-practica-para-tecnicos-y-cuidadores.html>
- Organización de las Naciones Unidas (2013). *Día Internacional de las Personas de Edad*. [en línea]. Recuperado el 7 de agosto de 2014 de <http://www.un.org/es/events/olderpersonsday/>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Definition of an older or elderly person*. [en línea]. Recuperado el 09 de agosto de 2014 de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *10 datos sobre el envejecimiento de la población*. [en línea]. Recuperado el 7 de agosto de 2014 de <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2002). *WHOQOL-HIV Instrument*. [en línea]. Recuperado el 09 de agosto de 2014 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77774/1/WHO_MSD_MER_Rev.2012.01_eng.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud Ginebra (1992). *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor: Madrid.

Organización Mundial de la Salud. *Diabetes*. Programas y proyectos. [en línea] Recuperado el 22 de Febrero de 2014 de http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/

Pablo-Blanco, C., Rodríguez, M. (2010). *Manual Práctico de Discapacidad Intelectual*. Síntesis: Madrid.

Palacios, J.I., (2001), *El concepto de musicoterapia a través de la historia*. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, nº 42, pp. 19-31. Recuperado el 17 de Febrero de 2014 de http://aufop.com/aufop/uploaded_files/revistas/122218170910.pdf#page=19

Papalia, D. (1999). *Desarrollo Humano*. 6ª Ed. Mc Graw Hill. Bogota, Colombia

Pérez, R. (2002). *Hacia una cálida vejez: Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental*, [en línea]. Madrid, España: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. Recuperado el 11 de septiembre de 2012 de <http://www.feaps.org/archivo/publicaciones-feaps/libros/coleccion-feaps/314-hacia-una-calida-vejez-calidad-de-vida-para-la-persona-mayor-con-retraso-mental.html>

Pérez, S. (2013). *Evaluación de un programa para el desarrollo de la competencia intercultural a través de la educación rítmica en Educación Primaria*. Revista Electrónica de Investigación Educativa, vol. 14, nº 3. Universidad de Zaragoza, España. Recuperado el 07 de mayo de 2014 de <http://redie.ens.uabc.mx/index.php/redie/article/view/570/832>

- Poch, S. (2010). *Importancia de la musicoterapia en el área emocional del ser humano*. Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado, nº 42, pp. 91-113. Universidad de Zaragoza, España. Recuperado el 04 de abril de 2014 de <http://www.redalyc.org/pdf/274/27404208.pdf>
- Porres, A. (2001), *Ritmoterapia*. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, nº 42, pp. 49-65. Recuperado el 17 de Febrero de 2014 de http://aufop.com/aufop/uploaded_files/revistas/122218170910.pdf#page=19
- Rodríguez, A. y Buades, M. (2005). *Música y Salud: la danza calidad de vida*. Fundación Dialnet: España. Recuperado el 29 de abril de 2014 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1165476>
- Romero, J.M. (2011). *M de Música: Del oído a la alquimia emocional*. Alba editorial: Barcelona,
- Roy, M. (2003). *Músicas cubanas*. Ediciones Akal: España.
- San Martín, H. (2003). *Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. Salud y enfermedad*. La Prensa Médica: México.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*. Mac Graw Hill: Madrid.
- Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2007), *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*, [en línea]. Salamanca, España: Hastings Collage, EEUU y Universidad de Salamanca. Recuperado el 06 de Febrero de 2014, de http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/55873/1/SC_Concepto_07_corregido_final.pdf :
- Schalock, R. y Verdugo, M.A., (2002). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza Editorial: Madrid.

- Secretaría de Salud – Desarrollo Integral de la Familia Nacional (2014). *Diagnóstico. E040 - Servicios de Atención a Población Vulnerable*. [en línea]. Recuperado el 14 de agosto de 2014 de http://sn.dif.gob.mx/wp-content/uploads/2014/07/NHK_SNDIF-E040_Diagnostico.pdf
- Semán, P. (2011). *Cumbia. Noción, etnia y género en Latinoamérica*. Editorial Gorla: Argentina.
- Tapia, E. y Casiano, A. (2014). *Cuestionario de actitudes de las madres hacia sus hijos con daño cerebral provocado en la etapa perinatal*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Taylor, S.J. y Bogdan R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Editorial Paidós: Barcelona.
- Teaching- Family Association. *The Teaching-Family Model*. [en línea]. Virginia. Recuperado el 21 de agosto de 2014 de <http://teaching-family.org/wp-content/uploads/2013/09/aboutthemodel.pdf>
- Torres, A. y Sanhueza O. (2006). *Modelo estructural de enfermería de Calidad de Vida e incertidumbre frente a la enfermedad*. *Ciencia y enfermería*, 12(1), 9-17. Recuperado en 15 de mayo de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000100002&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-95532006000100002.
- Trujillo, F. (2010). *Aspectos socioculturales de los bailes de salón y ritmos latinos en el desarrollo de la expresión corporal*. *Trances: Revista de Transmisión de I Conocimiento Educativo y de la Salud*, 2(3).165.181
- Trujillo, S., Tovar, C. y Lozano, M.(2003, 15 de octubre). *Formulación de un Modelo teórico de la calidad de la vida desde la Psicología* [en línea]. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado el 14 de septiembre

de 2012 de <http://www.librosintinta.in/biblioteca/ver-pdf/sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N108formulacion.pdf.htm>

Ulloa, A. (2009). *La salsa en discusión, música popular e historia cultural*. Universidad del Valle, Programa Editorial: Colombia.

Verdugo, M. A (Ed.). (2000). *Familias y Discapacidad Intelectual*, [en línea]. Madrid, España: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. Recuperado el 10 de septiembre de 2012 de <http://www.feaps.org/archivo/publicaciones-feaps/libros/coleccion-feaps/315-familias-y-discapacidad-intelectual.html>

Verdugo, M.A. (2002). *Análisis de la Definición de Discapacidad Intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental*, [en línea]. Salamanca, España: Universidad de Salamanca. Recuperado el 27 de agosto de 2012, de http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/AAMR_2002.pdf

Verdugo, M. A., Canal, R., Jenaro, C., Badia. M. y Aguado, A. L. (2012), *Aplicación del paradigma de calidad de vida a la intervención con personas con discapacidad desde una perspectiva integral*, [en línea]. Salamanca: Universidad de Salamanca. Recuperado el 27 de Enero de 2014 de <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26212/Investigacion7.pdf>

Wechsler, D. (2003). *WAIS-III: Escala de Inteligencia para Adultos-III*. El Manual Moderno: México.

World Federation for Music Therapy (2011). Announcing WFMT's NEW Definition of Music Therapy [en línea]. Recuperado el 06 de mayo de 2014 de <http://www.wfmt.info/2011/05/01/announcing-wfmts-new-definition-of-music-therapy/>

ANEXO 1

**Cuestionario para identificar cualidades y dificultades de los
participantes del Taller de música y danza**

Cuestionario para identificar cualidades y dificultades de los participantes del Taller de música y danza	
Nombre:	
Edad:	
C.I.:	
Fecha:	
Aplicador:	
Cualidades	Dificultades