

96
2ej-



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

INTERVENCION GRUPAL CON PADRES DE DEFICIENTES
MENTALES EN EL MARCO INSTITUCIONAL.

T E S I S
Que para obtener el Titulo de
P S I C O L O G A
p r e s e n t a n

GABRIELA MARTINEZ REYES
EMMA ISABEL MORENO CONTRERAS

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I MARCO TEORICO	
Consideraciones sobre la deficiencia mental.....	6
Importancia de las relaciones familiares con el deficiente mental.....	11
Aspectos Psicodinámicos.....	20
Experiencias de grupo.....	28
CAPITULO II METODO	
Tipo de investigación.....	37
Planteamiento del problema.....	37
Hipótesis.....	37
Variables.....	38
Sujetos.....	41
Escenario.....	41
Descripción de los instrumentos.....	41
Procedimiento.....	44
CAPITULO III RESULTADOS	
Tablas de resultados.....	50
Análisis de resultados.....	69
Discusión y conclusiones.....	72
Limitaciones.....	74
Sugerencias y comentarios.....	74
Apéndice I.....	76
Apéndice II.....	80
Bibliografía.....	81

RESUMEN .

El objetivo de la presente investigación es conocer si un trabajo grupal que brinda información y orientación además del manejo de aspectos emocionales influye para obtener un cambio en los niveles de angustia y depresión, así como en las características de las relaciones objetales que prevalecen en los padres de deficientes mentales dentro del marco institucional. La muestra fue de diez sujetos cuyos requisitos eran ser padre de alguna persona con Deficiencia Mental y ser derechohabiente de Instituto Mexicano del Seguro Social, sin tomar en cuenta edad, grado de estudios, estado civil ,ni nivel socioeconómico.

Los sujetos participaron en un diseño de tipo Pre - Post test utilizando la prueba de ansiedad I.D.A.R.E., de depresión Zung y el Test de Relaciones Objetales de Phillipson.

Se encontró que tanto los niveles de angustia y depresión no presentaron cambios significativos con lo cual se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de una intervención grupal.

Sin embargo cualitativamente se pudieron ver diferencias en las características de las Relaciones Objetales de estos padres con hijos deficientes mentales, después del trabajo grupal en el marco institucional.

INTERVENCION GRUPAL CON PADRES DE DEFICIENTES MENTALES EN EL MARCO INSTITUCIONAL

INTRODUCCION

La inquietud en el desarrollo de un proyecto para trabajar con padres de niños o adolescentes con deficiencia mental, surgió en el transcurso del Servicio Social. En éste, se pudo observar un índice considerable de pacientes con deficiencia mental, en el periodo de 1987/1988 de un total de 17,784 consultas atendidas en la clínica número 10, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el turno vespertino se dió una incidencia de 2.57% con este padecimiento.

El paciente identificado como deficiente mental, recibe atención médica en el área de psiquiatría y en la de psicología lo referente a la evaluación, diagnóstico y orientación, tanto psicológica como de alternativas educativas o laborales según lo permita el caso. A pesar de toda esta atención médica y psicológica que se brinda al paciente, se dejan a un lado factores familiares que son importantes y que consideramos prudente atender y trabajar para un manejo adecuado e integral de los pacientes y sus familias.

En la conflictiva familiar que desencadena la problemática del D.M. en su núcleo social, como en cualquier enfermedad crónica, intervienen una serie de procesos que afectan por igual tanto al individuo enfermo como a su entorno familiar. Esta problemática que se da dentro de la familia, se inicia con todo una cascada de emociones contradictorias que surgen con la llegada de un hijo con D.M.

El hecho de tener un hijo con retraso mental puede provocar en los padres reacciones emocionales significativas. Estas reacciones se manifiestan en diversos grados, niveles y formas en cada padre. Esto es porque estas reacciones dependen de muchos factores que están estrechamente ligados entre sí. Como por ejemplo la inestabilidad emocional, la etapa del ciclo vital por la cual está pasando el padre y la etapa del ciclo vital de la propia familia, en fin son múltiples estos factores. Los padres van percibiendo de algún modo que su hijo se va desarrollando en forma más lenta que los demás niños y esto va poco a poco dando origen a sentimientos confusos hacia este hijo. Estos sentimientos pueden llegar a significar rechazo hacia el

niño que a menudo es inconsciente, y provocan frustración a causa de sus limitadas aptitudes. Estas reacciones originan conflictos a nivel inconsciente que si no son resueltos producen tensiones y angustias que estan relacionadas estrechamente con la culpa en cuyas raices nace la depresión.

Se puede entender que un padre en crisis debido a la problemática que la deficiencia mental implica, y por la serie de emociones contradictorias que experimenta, no puede ser capaz de entregarse por completo al trabajo con su hijo. De igual manera un deficiente mental no podrá aprovechar al máximo los pocos recursos que la vida le ha dado para adaptarse sin la ayuda de sus familiares.

Para poder brindar una ayuda adecuada a estos padres tanto en el aspecto emocional como en la información respecto al problema, se planteó la posibilidad de un grupo con características basadas en el grupo de encuentro, adicionando elementos básicos de otras corrientes como las psicoeducacionales y las vivenciales, teniendo como objetivo, el dar información sobre diversos aspectos relacionados con la vida del deficiente mental, así como la movilización de la emociones que surgen dentro del núcleo familiar en dirección al paciente, a la pareja o a otros miembros de la familia.

Yalom en 1986, menciona que un trabajo grupal aunque no sea específicamente terapéutico, tiende hacia el desarrollo del individuo y se esfuerza por lograr algún tipo de cambio: de conducta, actitudes, valores, estilo de vida, grado de realización de sí mismo, cambio en las relaciones de un individuo con los otros, con la naturaleza, con el propio ser físico o cambio en la manera de ser en el mundo.

Por otra parte Hutt en 1988, comprobó que las sesiones de grupo son muy eficaces en cuanto a metas educativas y de guía. Señala que al tener mayor conocimiento de la enfermedad es posible que haya un decremento en la angustia. La meta primaria de la educación de grupo es inducir cambios en los padres dándoles información, aún cuando también se consideren las reacciones emocionales.

Los grupos dan a los padres la oportunidad de interactuar con otras personas que experimentan sus mismos problemas. Les dan la

oportunidad de identificarse con un grupo; sirven como cámara de compensación en donde se pueden compartir valiosos métodos de procedimiento entre ellos mismos así como también sus experiencias, y les permiten hacerse de un sentido de logro positivo y de esperanza mediante su asociación recíproca; además de poder ponerse en el lugar del otro y darse cuenta de sus sentimientos y de los propios propiciando un cambio en las relaciones con las demás personas.

Se puede percibir que hay una preocupación latente por dar atención a la familia de los deficientes mentales y se han encontrado algunas investigaciones y tesis proponiendo alternativas de tipo más integral donde la familia pueda colaborar en la educación de sus enfermos. Estos trabajos tienen diferentes enfoques, algunos son programas en donde los padres puedan tener una orientación más amplia y adecuada sobre la deficiencia mental, otros se enfocan al apoyo emocional y adaptación familiar.

Entre los primeros está el realizado en 1986 por Gloria Mercedes Palma cuya tesis se titula "Manual de Orientación Terapéutica para padres de niños que presentan Retardo en el Desarrollo". Este trabajo tiene como propósito divulgar la importancia de la estimulación temprana y formar conciencia para que los padres recurran a este programa. Así mismo en 1987 Eugenia del Río Rendón presentó una tesis titulada "Importancia de la de la Calidad de las Relaciones Parentales con el niño Síndrome Down" En este trabajo se propone focalizar la importancia que tiene el incorporar a nivel institucional y medios de comunicación, pláticas y cápsulas informativas que orienten e informen a los padres, y señala que es indispensable tener esta información de manera temprana, sistemática y objetiva. Así como aspectos para la detección temprana de la enfermedad y la necesidad de dar apoyo emocional a los padres.

Mele Pérez Margherita (1988) en su tesis titulada "Programa de Formación para Padres de Hijos con Deficiencia Mental" resalta la importancia de tomar en cuenta de manera formal la participación de los padres en la educación del niño deficiente mental por lo cual se propone un programa formativo dirigido a los padres de dichas personas.

Anderson y cols. en 1986 realizó un estudio comparativo del impacto de la educación y procesos grupales para familias de

pacientes con desórdenes afectivos donde propone sesiones psicoeducacionales y concluye que estas sesiones en grupo son más satisfactorias.

En lo referente al aspecto emocional y de adaptación Parker y cols. en 1987 dirigen su atención a brindar apoyo familiar en la problemática emocional que emerge en la etapa de la adolescencia en el retrasado mental. Ya que esto implica una desesperanza y frustración generada por años de problemas de tipo social, académico y vocacional que resaltan sentimientos de enojo y culpa. El estudio tiende a apoyar que la separación puede ser un asunto tanto individual como de desarrollo de la familia. Este trabajo es en grupo de familia múltiple en donde participan tanto el deficiente mental como los miembros de su familia. Por otro lado Beavers en 1985 estudia el enfrentamiento de las familias con niños retrasados concluyendo que el grado en que la familia se organiza alrededor del niño en desventaja es una medida para la adaptación familiar.

En la presente investigación se trató de saber si un trabajo grupal que brinda información y orientación además del manejo de aspectos emocionales influye para obtener un cambio en los niveles de angustia y depresión así como en las características de las relaciones objetales que prevalecen en los padres.

CAPITULO I.

MARCO TEORICO.

I.I CONSIDERACIONES SOBRE DEFICIENCIA MENTAL.

Existe un amplio grupo de individuos cuyas limitaciones en la personalidad se deben esencialmente a que su capacidad intelectual no se desarrolla lo suficiente para hacer frente a las exigencias del ambiente y poder así establecer una existencia social independiente.

Dicha falta de capacidad intelectual se deriva de una limitación innata en el desarrollo del cerebro; de una enfermedad o de una lesión cerebral que se produjeron durante o inmediatamente después del nacimiento; o bien es la consecuencia de una falta de maduración debida a que los estímulos ambientales son totalmente insuficientes.

En la actualidad no existe acuerdo total respecto a la terminología y la clasificación adecuada de estos trastornos de la personalidad. La American Psychiatric Association usa el término "debilidad mental", mientras que la American Association on Mental Deficiency recomienda que se utilice el nombre "retardo mental", para designar un funcionamiento intelectual que en general es inferior al promedio, que se origina durante el periodo del desarrollo y se asocia a alteraciones de uno o varios de los siguientes factores:

- 1) la maduración,
- 2) el aprendizaje y
- 3) la adaptación social.

Para el diagnóstico diferencial del retraso mental en el DSM-III encontramos los siguientes criterios:

- A. Capacidad intelectual significativamente más baja que el promedio general: CI de 70 o menos cuando se administran test individuales.
- B. Déficit o deterioros concurrentes en la conducta adaptativa, teniendo en cuenta la edad del sujeto.
- C. Inicio antes de los 18 años.

Durante los primeros años de la alteración en el desarrollo, el ritmo de la maduración o de la adquisición de las diversas actividades sensoriales y motoras suele proporcionar la evidencia para diagnosticar debilidad mental. Así, los retardos o las fallas en la evolución progresiva de la motilidad, el lenguaje, el control de la evacuación de la vejiga y el intestino, y la capacidad de interactuar

7

con otros niños, revelan indicios del trastorno. La incapacidad de adquirir y retener conocimientos, como resultado de las experiencias, indica la presencia de un defecto en la capacidad de aprender, y se observa especialmente durante los años escolares. Si el defecto mental es leve, el niño tal vez muestre pocos signos hasta que entra en la escuela. La adaptación social se vuelve importante como un índice de retardo mental en especial a nivel adulto, pero se refleja desde antes en la capacidad del individuo para relacionarse con sus padres y maestros, y con personas de su misma edad.

En términos del funcionamiento intelectual, al débil mental le es difícil retener y recordar, y por lo tanto no puede adquirir información. Estas fallas, a su vez, limitan la capacidad de estos pacientes para analizar y sintetizar la información y para realizar esfuerzos que no sean relativamente simples cuando se trata de resolver problemas. Cuando estos individuos se encuentran en circunstancias que no sobrecargan su capacidad, funcionan bien en el marco social y vocacional que les es familiar, siempre que su desarrollo emocional haya sido sano. (Noyes y Kolb 1969). Esto es importante, ya que la debilidad mental se caracteriza no tan solo por el bajo cociente intelectual, sino por un tipo particular de inferioridad de todo el conjunto de la personalidad como ingenuidad, concepción pueril del mundo, trastornos del carácter y afectividad inmadura de tipo neurótico. (Ajuriaguerra, 1980).

El trastorno mental varía en grados, así como en sus causas. Sin embargo, estas causas pueden ser agrupadas en cuatro tipos de factores:

I. Factores Hereditarios

II. Factores Prenatales

III. Factores Traumáticos en el curso del parto.

IV. Factores procedentes del Medio Neonatal.

En cuestión de grados, el retardo mental suele ser de tres tipos, el primero de los cuales dentro de la terminología clínica es el Retraso Mental Ligero o Superficial que identifica a niños de los que puede esperarse aprendan a leer y escribir y adquieran destrezas suficientes para conseguir empleo. Los niños de quienes no cabe esperar completa autosuficiencia, pero que son capaces de adquirir cierta educación e independencia cuando adultos, se clasifican como Deficientes Mentales Medios o Moderados. Y una tercera clasificación que identifica a los individuos que tienen un nivel de retraso aún mayor suele utilizarse el término de Deficiencia Mental Grave o Profunda. En general se considera que estos niños con retraso mental grave no tienen esperanza de superar el nivel de capacidad de niños normales de aproximadamente cuatro años de edad, ni en su punto más

alto de desarrollo mental, lo que significa que no podrá esperarse que aprendan a leer o a formar conceptos mentales complejos. Cuando el retraso mental existe, sea cual sea la causa y grado, el desarrollo mental es más lento y limitado en su alcance máximo. El desarrollo cognoscitivo al cual nos referimos afecta no solo el desarrollo intelectual sino la personalidad y la formación moral y social. Razón de ello es que los niños retrasados tienen capacidad limitada para entender sutilezas y hacer descubrimientos que resultarían fáciles para niños normales. Esto implica que lo que se da por sentado en niños no retrasados no puede darse en los retrasados, a quien debe enseñárseles en forma directa muchas cuestiones adicionales. (Ajuriaquerria, 1980).

Cuando un individuo da muestras de una reducción significativa en su aptitud para enfrentar de manera eficaz las exigencias de la realidad, como es el caso de los retrasados mentales puede suceder que tal individuo tenga insuficiente aptitud intelectual para entender estas demandas. En estos casos el enfoque apropiado puede simplificar las demandas del ambiente o proporcionar capacitación intensiva para mejorar el rendimiento del individuo. Así mismo, cuando el individuo revela conducta perturbada ya sea en el campo del lenguaje o en costumbres relacionadas con la evacuación de excrementos, la atención deberá centrarse en estas conductas específicas. Sin embargo, si hay algún problema general de personalidad ya sea ésta una tendencia extrema a la oposición pasiva, o angustia extrema, o dependencia igualmente extrema, es preciso tratar de entender la causa o causas así como sus síntomas específicos. (Hutt y Gibby 1988).

La personalidad del individuo retrasado mental es por consiguiente impredecible en cualquier plan tanto de educación como de tratamiento que se le quiera aplicar. Probablemente, la personalidad del retrasado mental es la característica central de su trastorno, en otras ocasiones tal vez no lo es dentro del conjunto total de sus conductas del individuo. El desarrollo emocional inapropiado llega a deteriorar la aptitud del individuo para enfrentar las demandas del diario vivir, además le dificultan en grado considerable desarrollar una autoimagen clara y desarrollar precisamente sus propias necesidades de las exigencias de la realidad, ocasionando que el niño siga siendo excesivamente dependiente al grado de que con dificultad logra una separación emocional elemental de su yo del de sus padres.

Aunque es difícil evaluar los efectos de diversas experiencias culturales y educativas sobre la autoimagen del niño retrasado mental, es innegable que las actitudes de la sociedad y las experiencias que los niños retrasados tienen en la escuela o en instituciones, así como las actitudes de sus padres, hermanos y afines, influyen muchísimo en ese desarrollo de la autoimagen. (Hutt y Gibby 1988).

Durante la primera infancia, el niño retrasado mental, así como todo infante, se relaciona primariamente con sus padres y hermanos. Las interacciones con gente de fuera de la casa son mínimas, de modo que las interacciones que ocurren entre el niño y la familia inmediata son de primordial importancia en cuanto a la determinación de reacciones conductuales y formación de su autoimagen. Pocos son los padres que se preocupan por el retraso mental del niño durante la primera infancia, a menos que sea notable. Por su parte los factores socioculturales no han tenido todavía oportunidad de evidenciar su impacto en la conducta del niño. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los padres perciben aspectos anormales del desarrollo por lo que tienen sentimientos confusos hacia el niño. Y más adelante cuando estos sentimientos se desenvuelven suelen significar rechazo al niño, a menudo inconsciente y frustración por causa de sus aptitudes limitadas, es lento en hablar y caminar y tiene problemas en las funciones visual-motoras. (Hutt y Gibby 1988).

Así mismo, las necesidades del niño de conservar satisfacciones orales son tan intensas que difícilmente renuncia a ellas. Estas fijaciones dificultan aún más la solución del niño en el nivel oral. Le resulta tan difícil entender a su madre que esto mismo provoca frustración a su madre y las reacciones adversas de ella traumatizan emocionalmente al niño.

En general, aunque el periodo de la segunda infancia es de extrema dependencia biológica para todos los niños, se acentúa esta dependencia en retrasados mentales debido a que durante un lapso mayor sufren una indefensión biológica y psicológica, reacciones depresivas (Menolascino y Egger 1978) surgen como consecuencia de estas inadecuaciones y de las relaciones madre-hijo. Ribble (1943), ha hecho ver que es de importancia una buena relación para el desarrollo emocional sano del niño. Sus estudios indican que sin cuidados maternos los niños se quedan muy atrás en cuanto a desarrollo psicológico y físico. (Hutt y Gibby 1988).

Durante el periodo de la tercera infancia, de los seis a los quince años, los problemas se acrecentan pues las diferencias entre el niño retrasado y el normal se hacen notables. Estos factores presentes en la situación total del hogar se evidencian con más fuerza y tienen un efecto más visible en la conducta social del niño; por otra parte cobran importancia las fuerzas sociales y culturales situadas fuera del hogar. En esta tercera etapa los padres perciben más y más las deficiencias del niño y empiezan a reaccionar emocionalmente ante ellas. Frecuentemente los padres experimentan serios conflictos en cuanto a su hijo, reflejándolos en su conducta hacia éste. Sus sentimientos pueden ser de rechazo consciente o inconsciente hacia el niño o experimentar quizá ambos. Por lo común, padres de inteligencia normal suelen rechazar a padres de niños retrasados mentales. Como ordinariamente los padres ven en el niño una prolongación de sí mismos - inclusive como así mismos - el hecho de que el hijo sea

retrasado es un golpe muy fuerte a su propia imagen narcisista. Al respecto dice Foale (1956) : " Inconscientemente ven al retrasado mental como un reflejo contra sus fuerzas creativas". (Hutt y Gibby 1988).

Teniendo ya una visión general de la primera, segunda y tercera infancia, una revisión de la literatura sugiere que los puntos de transición críticos para las familias ocurren cuando el niño deficiente mental esta en la edad de pre-escolar (3-5 años), entrando a la primaria (6-8 años), empezando la adolescencia (12-14 años), y al alcanzar cronológicamente la edad adulta (19-21 años). (Jeanette Beavers. M.S. W. 1985)

1.2 IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES FAMILIARES CON EL DEFICIENTE MENTAL.

Los sentimientos de culpa de los padres debidos al rechazo contra su propio hijo pueden llegar a extremos muy elevados por lo que tienden a reaccionar sobreprotectoramente hacia el niño y consecuentemente al niño no se le permite aprender cosas que podría hacer, orillandolo ha funcionar por debajo del nivel de sus ya de por sí muy limitadas posibilidades. Probablemente, el niño perciba y sea susceptible a los sentimientos de los padres, aún cuando éstos no lo expresen verbalmente; el niño reacciona a todas las reacciones conductuales de los padres, no nada más a sus palabras, es muy frecuente que lo que los padres hacen es más importante que lo que dicen. (Hutt y Gibby, 1988).

La presencia de hermanos en el hogar complica muchísimo los problemas del niño retrasado. A los padres preocupa mucho las relaciones entre ellos. Temen que los hermanos menores adopten las características del hermano mayor retrasado, o que éste mortifique a sus hermanos. Casi siempre estos temores son racionalizaciones o proyecciones de los sentimientos de los padres que dificultan los problemas del ajuste del niño retrasado.

Cuando el individuo retrasado alcanza la pubertad tiende a estar sometido a rechazos abiertos en todos los terrenos: por instituciones sociales, por la familia, por los vecinos y por otros niños. Si para el niño normal, avenirse a su nueva situación es cosa bien difícil, entonces para el retrasado mental lo será aún más, para él este periodo debe ser visto como un tifón de proporciones cataclísmicas, particularmente para aquel niño que carezca de guía adecuada. El grado en que estos conflictos se resuelvan esta en función de las características básicas de la personalidad y de la ayuda que reciba. Al respecto Hirsh (1959) explica que si las aptitudes del niño retrasado para lograr reconocimiento y para enfrentar las exigencias del medio son menores que las de un niño normal; por consiguiente, este niño depende más del apoyo y de la ayuda de otras personas; y por lo tanto si las personas que lo rodean lo apoyan y ayudan, probablemente alcance un ajuste emocional adecuado de lo contrario el niño no podrá enfrentar sus necesidades básicas. Sin embargo, para los padres del niño retrasado entrando a la pubertad se vuelve un problema todavía aún más grave. Pues ahora tienen que afrontar nuevos problemas como es la capacitación prevocacional. Aquí también los padres reaccionan emocionalmente a la brecha que continúa creciendo entre su niño y los demás, y a su vez sus propias reacciones emocionales que afectan la relación con su hijo. (Hutt y Gwyn, 1979).

Si bien la influencia de las personas que cuidan al retrasado mental determinan que el niño presente o no conducta atrasada y aporten

medidas correctivas y experiencias favorables que aumenten la capacidad de desarrollo del niño, es importante rescatar el que estos miembros del grupo familiar experimentan sus propios problemas en su relación con el niño retrasado y por lo que hace a las actitudes de los miembros de la comunidad hacia el niño. Esto es, que además de que diversos factores afectan al niño en desarrollo, también afectan sobre la familia, y ésta a su vez nuevamente al hijo.

Los padres muestran con toda probabilidad reacciones emocionales significativas ante el hecho de tener un hijo con deficiencia mental. Estas reacciones varían en grado y calidad de un padre a otro, dependiendo de múltiples factores estrechamente vinculados.

Al respecto Kenney (1967), realizó un estudio comparando cuatro grupos de madres en relación a sus niveles de desarrollo del ego y de su autoritarismo en cuanto a crianza del niño. Kenney concluyó que las madres de niños retrasados mal ajustados solían ser menos maduras y tener niveles más bajos de desarrollo del ego que un grupo equiparado de madres de niños no retrasados mal ajustados, esto significaría que la aptitud de una madre para entender y aceptar de manera resignada un hijo retrasado se relaciona con el desarrollo de su propia personalidad al enfrentar las diversas situaciones de stress, esto es, la introducción en la familia de un niño anormal. (Hutt y Gibby) 1988 Con base en esto, se considera que la aparición de una enfermedad crónica como es la deficiencia mental en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio radical en el interior de ésta así como en su entorno: el cambio interior esta dado fundamentalmente por el sufrimiento y limitación de las capacidades del enfermo, que requiere ser atendido, cuidado, medicado. El cambio en el entorno ocurre por la incorporación del paciente por el equipo medico tratante. Los padres ante esta nueva situación buscan la manera de adaptarse, haciendo frente a la enfermedad lo cual producirá cambios bruscos en las interacciones familiares.

Al igual que todo ser humano el niño con retraso mental requiere de relaciones emocionales con otros, productoras de satisfacciones y reductoras de stress. Las relaciones entre padres e hijos son de vital importancia, pues si los padres manifiestan reacciones de personalidad adversas ante las deficiencias del niño, se tornará más difícil establecer relaciones saludables. En muchos otros casos, los efectos de las reacciones emocionales de los padres desembocan en la insatisfacción de su propio hijo y en desajustes de su personalidad como angustias severas, reacciones conductuales indeseables, quizá irritabilidad o hasta llegar al rompimiento de la unidad familiar. (Hutt y Gibby 1988).

Con frecuencia la angustia de los padres produce dificultades conyugales. Cada padre culpará al otro por la situación y conducta del niño (consciente o inconscientemente), y tal vez desplacen hacia el cónyuge algunos de sus sentimientos hacia el niño. Por otra parte, las restricciones que los padres perciben en sus interrelaciones sociales pueden conducir a mayores hostilidades y angustias, las

cuales también pueden descargarse en el conyuge lo que producirá nuevas desavenencias conyugales y tal vez resulte en un rompimiento innecesario del hogar.

El niño retrasado mental, principalmente en sus primeros años, requiere más atención y cuidados que el normal. Generalmente esta responsabilidad recae en la madre, por lo que el padre resiente que su esposa tenga más atención con él y en consecuencia manifiesta hostilidad.

Realmente se ha brindado mucha atención a los diversos aspectos del niño anormal, pero poca atención al estudio de las reacciones emocionales de los padres, esto resulta ser grave si consideramos que buena parte del bienestar del niño depende del bienestar de los padres.

Los padres reaccionan emocionalmente de modos diferentes. La experiencia clínica afirma que los modelos de la conducta de los padres llegan a variar desde una aceptación realista del trastorno del niño hasta el rechazo o la negación del retraso.

En una categorización Kanner (1953), sostiene que los padres responden ante la situación del stress de su niño de tres modos principales, pueden aceptar, disfrazar o negar el retraso mental del niño.

-Los padres maduros constructivos y adaptables reconocen y aceptan la realidad del trastorno de su hijo. Los padres acaban por aceptar plenamente al niño y lo aman tal cual es. Los padres que aceptan, manejan los problemas del niño de un modo apegado a la realidad y no se esclavizan en sus relaciones con el niño. Asumen sus responsabilidades en cuanto a otras funciones que les pide la sociedad, como padres, esposos, sostenes del hogar y compañeros. Estos padres no padecen angustias innecesarias sobre sus propias necesidades y capacidades, ni sobre las limitaciones de su hijo.

Su conducta esta orientada a resolver problemas, sufriran angustias de vez en cuando aunque se tratarán de angustias objetivas, que se basan en situaciones particulares que causan problemas pero que al conocerse su causa se manejan de un modo racional.

Los padres que reaccionan positivamente ante la angustia pueden aceptar una realidad desagradable que tal vez sea muy amenazadora. Llegar a la aceptación depende de la madurez psicológica y de una guía apropiada. Los procesos del pensamiento lógico resultan inhibidos en la medida en que la estructura de personalidad de los padres es psiconeurótica de tal suerte que también se deforma la perfección de la realidad.

Los psicoanalistas han señalado el prerrequisito del pensamiento lógico el cual exige un ego vigoroso que sea capaz de dejar para después satisfacciones inmediatas, de controlar adecuadamente impulsos básicos, y de juzgar la realidad de acuerdo con la experiencia del propio ego.

-Otra categoría numerosa de reacciones paternas al retraso mental son las conductas que tratan de ocultar de algún modo el estado del niño. Estos empeños tienen por fin no nada más ocultar a los demás la situación del niño, sino, más importante aún ocultarla a los mismísimos padres. Los padres que ocultan se dan cuenta en cierto grado de que "hay algo malo" en su hijo, pero no pueden admitir o reconocer que la incapacidad del niño para realizar ciertas tareas que otros niños hacen ordinariamente se debe a sus reducidas capacidades intelectuales.

Al respecto Kanner (1953) dice que los padres que ocultan, buscan con todas sus fuerzas algún factor de la realidad al cual pueda atribuirse el retraso del niño.

-Los padres que sienten la necesidad de negar el retraso de su hijo pertenecen a la última categoría de Kanner. Estos padres muestran una reacción emocional grave a la situación de stress resultado de la deficiencia. El empleo de esta defensa psicológica no es una reacción deliberada de los padres sino más bien una reacción inconsciente y automática ante una situación de stress. A mayor inmadurez del padre mayor es el stress de la situación y mayor amplitud de las reacciones defensivas y de la consiguiente conducta mal adaptativa.

Seguin en su trabajo sobre oligofrenias, ya había descrito esquemáticamente dos actitudes opuestas: una de rechazo, puro y simple y otra de hiperprotección .

A. Rey citado por Hutt y Gibby 1988 diferencia varios tipos de padres:

- los padres que niegan la evidencia y esperan un milagro.
- los padres ansiosos que reconocen el estado de su hijo, buscan constantemente explicaciones, nunca están satisfechos sobre el método educativo, y cuando se interna al niño se asustan al pensar que estará en contacto con otros retrasados mentales.
- los padres realistas pesimistas. Que piensan que ya no hay nada que hacer con su hijo, que todo esta perdido.
- los padres que aceptan la realidad. En este caso preparan todo lo necesario para que el niño alcance el máximo desarrollo posible. Al aceptar la realidad evitan sufrimientos inútiles y búsquedas desesperadas de una transformación imposible, creando así alrededor del niño un ambiente favorable para la labor educativa.

Es un hecho que el retraso mental puede ser el origen de tensiones emocionales que avivan las tensiones personales de los padres, los cuales, a su vez, las remiten a su hijo. Frente a este azar imprevisible, pueden reaccionar generalmente en forma de rebeldía frente a la injusticia, sufrirlo como castigo, ó aún pocas, como una ofrenda o una prueba. En realidad, el rechazo y la aceptación no son

necesariamente contradictorias. Aceptación y culpabilidad pueden asociarse. Vergüenza y actitud reivindicativa van generalmente unidas, esta se proyecta principalmente sobre la sociedad, los médicos y los instructores. Las reivindicaciones son tanto mayores cuanto más rechazado es el niño. Por otra parte, parece difícil, frente a esta tragedia, no ser presa de sentimientos contradictorios. (Hutt y Gibby 1979).

Sin embargo, algunas reacciones generales de los padres son tan comunes que merecen atención especial. Entre ellas figuran:

- a.) Percepciones deformadas de las capacidades y cualidades del niño
- b.) Tendencias de rechazo
- c.) Desavenencias conyugales
- d.) Narcisismo
- e.) Reacciones injustificables hacia la comunidad, por no decir nada de los sentimientos de culpa sobre el retraso mental.

Respecto a las percepciones deformadas de las capacidades existe un estudio de Melvin Pollner, llamado "LA CONSTRUCCION SOCIAL DE LA IRREALIDAD: ESTUDIO DE UN CASO DE LA ATRIBUCION DE COMPETENCIA DE UNA FAMILIA HACIA UN NINO SEVERAMENTE RETRASADO". (Fam. Proc.1985). Y menciona que algunas familias desarrollan versiones inusuales o extremas de la realidad y las sostienen frente a un torrente de información que las desconfirman y desacreditan. Aunque han sido ampliamente consideradas las dinámicas y funciones psicológicas de tal compartir de las construcciones, poco se sabe acerca de la rutina de transacciones a través de las cuales estas versiones inusuales de la realidad son creadas y mantenidas.

No es de extrañarse que los padres no puedan percibir la realidad del retraso. En un Simposium en 1953 que citan Hutt y Gibby en 1988, se concluyó que las dificultades que los padres tienen en su trato con niños retrasados son:

- 1) el fijar metas irrealmente altas al niño;
- 2) sobreprotección;
- 3) benevolencia excesiva hacia el niño; y
- 4) desajuste de los padres.

Salta a la vista que este desajuste emocional de los padres se refleja en su conducta hacia el niño retrasado.

-En muchos casos esta conducta es de rechazo y debido a que esta actitud suele ser inconsciente, éstos no perciben cual es la base de sus sentimientos emocionales hacia el niño; por ello experimentan graves conflictos, que dependen de las características de personalidad del padre. Hay veces en que los padres muestran hostilidad y agresión. Hurley (1967) exploró las relaciones entre lo que llamó malevolencia paterna e inteligencia del niño, concluyendo que los niños menos inteligentes pueden provocar en los padres

conductas más malévolas que los niños más inteligentes, y también se inclina por el punto de vista que los padres más ambiciosos, de clase alta, sufren una frustración y malevolia mayor hacia hijos de lento aprendizaje que los padres menos ambiciosos y menos preparados académicamente.

-Con frecuencia la angustia de los padres produce dificultades conyugales. Cada padre culpará al otro por la situación y conducta del niño (consciente o inconscientemente, y tal vez desplacen hacia el conyúge algunos de sus sentimientos hacia el niño.

-Otro aspecto importante que afecta a los padres es el golpe a su orgullo narcisista (su autoamor). Todos los padres tienden a verse en gran medida en sus hijos. Ven una extensión de sí mismos y desplazan hacia sus hijos sus propios sentimientos y necesidades, se identifican tanto con ella que les es imposible ver a su hijo como un individuo aparte. Cuando al niño se le diagnostica deficiencia mental este padre siente que ha sido descrito de manera desfavorable.

-Las actitudes de los padres son también en parte provocadas por el rechazo de diversos grupos de la comunidad en la que viven. Las presiones del grupo sean imaginadas o reales forzan a la familia a abstenerse de sus contactos sociales normales. El resultado final es un aumento en los sentimientos de los padres de vergüenza y culpabilidad, actitudes de rechazo y sobreprotección.

Es común que los padres del niño con deficiencia mental crean que su trastorno se debe a alguna acción del pasado.

Como cualquier ser humano se tienen experiencias respecto a las cuales se siente vergüenza o culpa, pero estas experiencias se evocan fácilmente y llegan a ser el foco de la reacción de culpabilidad cuando la presencia del niño retrasado mental llega al núcleo familiar.

Esta reacciones están vinculadas con la depresión que tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos dirigidos hacia personas que son el objeto de una devoción forzada - que en este caso puede ser el hijo con deficiencia mental - o hacia personas de quienes depende la propia seguridad. Los impulsos hostiles que originalmente se dirigían contra otras personas llegan a dirigirse contra el propio yo del individuo. (Noyes y Kolb 1979).

Es pues evidente, que los problemas emocionales de los padres deben ser tratados, ya que el bienestar y la maduración emocional del niño dependen en gran medida de sus relaciones con los padres.

Es aquí donde la asistencia terapéutica, educativa y profesional se

hace indispensable solo un enfoque pluridimensional mediante un equipo formado por médicos, psicólogos, asistentes sociales, educadores y representantes de las instituciones sociales responsables permitirá ayudar a los retrasados mentales y sus familias.

Con mucha frecuencia, las familias consultan por motivos que no están relacionados con el bajo nivel intelectual de su hijo, sino por otros tipos de trastornos, por ejemplo: del crecimiento, de la marcha o del lenguaje. En general el retraso es minimizado, la pasividad es considerada como docilidad y la inestabilidad como vivacidad. Unas veces consultan para que se rectifique un diagnóstico hecho anteriormente, otras para que este se confirme y para que se proponga una institucionalización que desean pero que no se atreven a decidir por sí mismos por temor a verse censurados. Hemos visto algunas familias consultar con el fin de que se establezca un diagnóstico etiológico de causa exógena, debido al temor de uno o de otro de los padres de que la endogénesis del trastorno sea imputado a la herencia de alguno de ellos y perjudique la armonía del matrimonio. A menudo con razón, consultan con el fin de establecer un pronóstico inmediato o lejano, ya que necesitan saber cómo serán sus hijos cuando sean adultos y ellos falten. Generalmente, cuando son vistos por un especialista, estos niños ya han sido sometidos a numerosas terapéuticas y los padres buscan el remedio milagroso más reciente, o bien (decepcionados por diagnósticos únicamente etiológicos) simplemente consejos educativos o sobre la mejor forma de conducta con el retrasado mental. (Ajuriaguerra 1980). Por lo común es la madre quien emprenderá contra la inercia o la indiferencia social una larga batalla cuya meta es la salud de su niño desahuciado, salud que ella reivindica, manteniendo una moral de hierro en medio de la hostilidad o del desaliento. (Mannoni M. 1987).

A esta cuestión solo puede responderse conociendo al niño, a la familia y al medio familiar. Cualquier niño que no sea un oligofrénico profundo gravísimo tiene necesidad, como todo niño normal, del afecto de sus padres, pero si éste se le niega y si es rechazado, el medio familiar puede ser más desfavorable que algunas colectividades. Por otra parte, no debe pensarse únicamente en el problema del oligofrénico, sino también debe tenerse en cuenta el medio en que se desarrolla y las consecuencias que su presencia puede producir sobre este medio en especial en los hermanos.

Los padres deben ser enfrentados con sus responsabilidades, pero únicamente con conocimiento de causa; no se debe responsabilizarlos o culparlos por razones puramente teóricas. En cualquier tipo de proyecto es necesario intentar obtener el máximo sin separación del medio familiar. Una buena higiene mental de los padres puede permitir que su afectividad se manifieste sin temor. Nuestra misión consiste en mirar la verdad de frente no podemos olvidar las consecuencias de la

enfermedad sobre las personas que le rodean, consecuencias que, además, perjudican al propio enfermo. (Ajuriaguerra, 1980). La familia tiene derecho a saber, al menos superficialmente hasta donde podrá llegar el niño, pero solo debe decirse cuando se está seguro de lo afirmado. Es necesario, sin ninguna duda, poner al corriente a los padres sobre el pronóstico pero generalmente debe escogerse el momento y es necesario prepararlos para sobrellevarlo. Lo que con toda seguridad no debe hacerse nunca, incluso por piedad, es decir o prometer nada que comprometa un tipo particular de orientación educativa. Apoyar a una familia equivale a mantenerle la esperanza en determinadas condiciones que irán en beneficio del niño. Nuestra función consiste en tratar, apoyar y orientar.

Como ya se mencionó son comunes los problemas emocionales de los padres de niños con deficiencia mental y puede afirmarse que todos los padres de estos niños necesitan alguna ayuda para manejar sus propios problemas y no simplemente los del niño. Definitivamente es un hecho que los padres adoptan actitudes alejadas de la realidad y esto ha sido ejemplificado por Condell (1966) en cuyo estudio vió que no solamente había una diferencia en la realidad de las actitudes de los padres sino una discrepancia entre las opiniones de personas que trabajan profesionalmente con el niño retardado mental y las opiniones de los padres. Ante este estudio es comprensible que los padres de un niño anormal no pueden ver a sus hijos del mismo modo que los demás, por cuya razón es parte fundamental en el proceso de asesoramiento determinar las aptitudes individuales del niño (Hutt, Gibby 1988).

Un estudio hecho en 1985 por Jeanette Beavers, Hampson Hulgus y Robert Beavers nos habla del enfrentamiento de las familias con niños retrasados. Este estudio se realizó con 40 familias, 10 en cada uno de los cuatro periodos críticos a lo largo de la vida del niño retrasado, utilizando entrevistas videograbadas, con observación clínica subsecuente y un análisis basado en el modelo de carga familiar de Beavers.

La adaptación saludable o problemática esta delineada con atención específica a los sistemas conceptuales así como a la estructura y poder familiar, individualización de los miembros, expresión de los sentimientos y valores.

Los sujetos de este estudio, fueron 40 familias con niños con desventaja. Los niños tenían una edad de 3 a 21 años, 21 hombres y 19 mujeres. El promedio de edad de las madres y padres fue de 41.3 y 37.7 respectivamente. El tamaño de la familia vario entre 3 y 8 miembros con un promedio de 3 a 4 niños por familia. Cuatro diferentes tipos de configuración familiar nuclear, multigeneracional padres solteros y parentesco familiar. Los resultados reflejaron que

el grado en que la familia se organiza alrededor del niño en desventaja es una medida para la adaptación familiar. Las familias que reconocen las necesidades extras y las diferencias del miembro en desventaja, mientras le dan igual peso a las necesidades y puntos de vista de los otros miembros de la familia, serán más competentes. Los factores que promueven la adaptación hacia un niño en desventaja incluyen : a) un diagnóstico claro e información acerca de la deficiencia y b) alguna capacidad para el contacto positivo y respuesta a los otros miembros de la familia.

Un punto clave para estas familias es el ser tachadas como diferentes, cuyo resultado es que sus sentimientos son frecuentemente bloqueados para poder expresarse dentro y fuera de la familia . El grado en que estos sentimientos puedan ser expresados es un indicativo de salud familiar en estas familias. De igual manera es necesario admitir que todo padre enfrenta lo "desconocido". Ya que en primer lugar, cada niño retrasado es único a pesar de compartir muchas cosas con otros niños retrasados. En segundo lugar, el curso del desarrollo del individuo retrasado es impredecible en muchos terrenos, y en tercer lugar, los posibles efectos de la capacitación especial de los niños retrasados son muy variables en cada niño y en cada familia. O sea, que siempre habrá un territorio "desconocido" en cada niño. Ante esto, uno de los objetivos principales ha sido educar y guiar a los padres impartiendo tanto conocimientos generales como específicos y así aumentar la precisión de su comprensión y aliviarles tensiones innecesarias.

Gibby menciona que las primeras metas que debe fijarse en la asesoría y guía de padres de hijos retardados mentales es crear en ellos la aceptación plena del niño tanto emocional como intelectualmente, pues puede suceder que un concepto o situación sea aceptado intelectualmente pero emocionalmente rechazado. Y a través de esta aceptación puede surgir en primer lugar que el niño se sienta más seguro en su relación con sus padres y consecuentemente se sienta más firme con los demás y sea más favorable su autoimagen y por otra parte el padre directamente consiga un autoconcepto más favorable, como con su familia, amigos y mundo en general. Podrá trabajar más adecuadamente formando relaciones sociales más satisfactorias y consecuentemente se verán satisfacciones mayores dentro del matrimonio y vida familiar.

1.3 ASPECTOS PSICODINAMICOS.

La Teoría de las Relaciones objetales inconscientes ha sido desarrollada y elaborada principalmente por Melanie Klein (1948) y Fairbairn (1952) sobre la base del trabajo psicoanalítico con niños pequeños y el trabajo colaborativo, intenso y a largo término con adultos. Ellos demuestran que las relaciones objetales existen dentro de la personalidad y el mundo externo, y que el mundo interior de las relaciones objetales determinan de modo fundamental las relaciones del individuo con las personas del mundo externo. Este mundo de relaciones objetales, es básicamente el residuo de las relaciones del individuo con las personas de que ha dependido para la satisfacción de las necesidades primitivas en la infancia y durante las primeras etapas de la maduración. Durante esos tempranos periodos de desarrollo, las relaciones del individuo con los objetos esenciales, el pecho y más tarde la madre con el pecho, es predominantemente una relación de fantasía: hay poca o ninguna capacidad para diferenciar entre uno mismo y el objeto, entre lo que está dentro y lo que está afuera. Las primeras técnicas simples de mantener una buena relación con el objeto, incorporándose lo "bueno" y rechazando lo "malo", según se trate de un objeto que gratifica o que frustra, se diferencia con el desarrollo de las capacidades del yo del individuo.

Según sea el grado de frustración y el éxito o fracaso de las técnicas empleadas, para aliviar la tensión, esas primeras relaciones fantaseadas y los procedimientos empleados para regularlas, persisten y condicionan las relaciones subsiguientes del individuo con el mundo externo en general y con las personas - es decir con los objetos - en particular. Phillipson. (1981).

Hanna Segal en la exposición que hace de la teoría de Melanie Klein nos habla de que el crear fantasías es una función del yo. Las experiencias con la realidad influyen inmediatamente en las fantasías inconscientes, la que a su vez influye en ellas. La fantasía no es tan sólo una fuga de la realidad; es una concomitante constante e inevitable de las experiencias reales, en constante interacción con ellas.

Si bien la fantasía inconsciente influye y altera constantemente la percepción o la interpretación de la realidad, lo inverso también es cierto: la realidad ejerce su impacto sobre la fantasía inconsciente. Las funciones de la fantasía son múltiples y complicadas, y la fantasía tiene un aspecto defensivo que se debe tener en cuenta. La gratificación proveniente de la fantasía es una defensa contra la realidad externa de la privación. Sin embargo es también una defensa contra la realidad interna.

La estructura de la personalidad está determinada en gran parte por la fantasía mas permanente del yo sobre sí mismo y los objetos que contiene.

El hecho de que haya tan estrecha relación entre estructura y fantasía inconsciente es importantísimo: es esto lo que hace posible influir en la estructura del yo y del super yo mediante el análisis. Pues justamente al analizar las relaciones del yo con los objetos, internos y externos, y al modificar las fantasías sobre estos objetos, es que podemos influir esencialmente sobre la estructura más permanente del yo.

Ninguna experiencia del desarrollo humano se borra o desaparece jamás; debemos recordar que hasta en el individuo más normal ciertas situaciones removerán las ansiedades tempranas y pondrán en funcionamiento los tempranos mecanismos de defensa. Además, en una personalidad bien integrada, todas las etapas del desarrollo quedan incluidas, ninguna esta escindida y apartada o rechazada; y ciertas conductas del yo en la posición esquizo-paranoide son realmente importantes para el desarrollo posterior, del que sientan las bases. Deben desempeñar un papel en la personalidad más madura e integrada. Una de las conductas de la posición esquizo-paranoide es la escisión.

La escisión es lo que permite al yo emerger del caos y ordenar sus experiencias. Por excesivo y extremo que pueda ser al comienzo, este ordenamiento de la experiencia que acompaña al proceso de escindir al objeto en uno bueno y otro malo sirve, sin embargo, para ordenar el universo de las impresiones emocionales y sensoriales del niño y es una condición previa para la integración posterior. Es la base de lo que será después la capacidad de discriminar, cuyo origen es la temprana diferenciación entre lo bueno y lo malo. Hay otros aspectos de la escisión que persisten en la madurez y que tienen mucha importancia en ella. Por ejemplo la capacidad de prestar atención, o para suspender la propia emoción con el propósito de formarse un juicio intelectual, no se alcanzaría sin la capacidad para hacer una escisión temporaria y reversible.

La escisión es también la base de lo que más tarde llegará a ser la represión. La escisión, siempre que no sea excesiva y no conduzca a la rigidez, es un mecanismo de defensa de gran importancia, que sigue funcionando en forma atemperada a lo largo de toda la vida.

Con la escisión se relacionan la ansiedad persecutoria y la idealización. Por supuesto que ambas distorsionan el juicio, cuando conservan su forma original en la vida adulta, pero algunos elementos de ansiedad persecutoria e idealización están siempre presentes en las emociones de la vida adulta y desempeñan un papel en ellas. Es necesario cierto grado de ansiedad persecutoria para poder reconocer, evaluar y reaccionar ante circunstancias externas realmente peligrosas. La creencia en la bondad de los objetos y de uno mismo se basa en la idealización, precursora de buenas relaciones objetales. La relación con un objeto bueno contiene generalmente cierto grado de idealización, y esta idealización persiste en muchas situaciones.

también la identificación proyectiva tiene sus aspectos valiosos. Ante todo, es la forma más temprana de empatía, y la capacidad para "ponerse en el lugar del otro" se basa tanto en la identificación proyectiva como introyectiva. En la identificación proyectiva se basa también la primera clase de formación de símbolos. Al proyectar partes de sí en el objeto e identificar partes del objeto con partes del Yo, el yo forma sus primeros y más primitivos símbolos. Por consiguiente, no debemos considerar a los mecanismos de defensa de la posición esquizo-paranoide sólo como mecanismos de defensa que protegen al yo de ansiedades inmediatas y abrumadoras, sino también como etapas progresivas del desarrollo.

Para que la posición esquizo-paranoide dé lugar, en forma gradual y relativamente no perturbada al siguiente paso del desarrollo, la posición depresiva, la condición previa necesaria es que las experiencias buenas predominen sobre las malas. A este predominio contribuyen tanto factores internos como externos. Cuando las experiencias buenas predominan sobre las malas, el yo llega a creer que el objeto ideal prevalece sobre los objetos persecutorios, y que su instinto de vida predomina sobre su instinto de muerte. Estas dos creencias, en la bondad del objeto y en la bondad del Yo, van juntas, ya que el yo continuamente proyecta fuera sus propios instintos distorsionando así los objetos y también introyecta sus objetos identificándose con ellos. El yo se identifica repetidamente con el objeto ideal, adquiriendo así mayor fuerza y mayor capacidad para enfrentarse con ansiedades sin recurrir a violentos mecanismos de defensa. Disminuye el miedo a los persecutores y disminuye también la escisión entre objetos persecutorios e ideales. Se permite a ambos que se aproximen más y esto los prepara para la integración. Simultáneamente, a medida que el yo se siente más fuerte y con mayor afluencia de la libido, va disminuyendo la escisión dentro del yo. Su relación con el objeto ideal es más estrecha, y le asusta menos su propia agresión, disminuyendo su necesidad de proyectar y el yo puede tolerar cada vez mejor su propia agresión y sentirla como parte de sí, sin verse impulsado a proyectarla constantemente en sus objetos. De esta manera, el yo se prepara para integrar sus objetos, para integrarse él mismo y, por la disminución de los mecanismos proyectivos, distingue cada vez mejor entre lo que es Yo y lo que es objeto.

Melanie Klein definió la posición depresiva como la fase del desarrollo en que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto - es el momento en el que el bebé reconoce a su madre-. Reconocer a la madre como persona total significa también reconocerla como individuo con una vida propia y con sus propias relaciones con otras personas. Al percibir a la madre como objeto total, el bebé puede recordarla, o sea, recordar gratificaciones anteriores en momentos en que la madre parece frustrarlo, y anteriores experiencias de frustración mientras ella lo está gratificando. A medida que prosiguen estos procesos de integración, el bebé reconoce más y más

claramente que es una misma persona - él mismo - quien ama y odia a una misma persona - su madre. Se enfrenta entonces con los conflictos vinculados con su propia ambivalencia. En la posición depresiva, las ansiedades brotan de la ambivalencia, y el motivo principal de la ansiedad del bebé es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente.

La experiencia de depresión moviliza en el bebé el deseo de reparar a su objeto u objetos destruidos. Anhela compensar los daños que les ocasionó en sus fantasías omnipotentes, restaurar y recuperar sus objetos de amor perdidos, y devolverles la vida y la integridad. El conflicto depresivo es una lucha constante entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos y reparatorios. El fracaso en la reparación conduce a la desesperación, el éxito, a renovadas esperanzas. El bebé resuelve gradualmente las ansiedades depresivas y recupera externa e internamente sus objetos buenos al reparar a sus objetos externos e internos en la realidad y en sus fantasías omnipotentes.

Al integrarse más su yo, al disminuir sus procesos de proyección y al empezar a percibir su dependencia de un objeto externo y la ambivalencia de sus propios instintos y fines, el bebé descubre su propia realidad psíquica. Advierte su propia existencia, y la de sus objetos como seres distintos y separados de él. Advierte sus propios impulsos y fantasías, y comienza a distinguir entre fantasía y realidad. El desarrollo del sentido de realidad psíquica está inseparablemente ligado al creciente sentido de la realidad externa, y comienza a diferenciar ambas realidades.

La prueba de realidad existe desde el nacimiento. Pero en la posición depresiva esta prueba de la realidad se afirma más, se hace más significativa y se vincula más estrechamente con la realidad psíquica.

A medida que el yo se organiza más y las proyecciones se debilitan, la represión reemplaza a la escisión.

En este punto se puede ver la génesis de la formación de símbolos. Para proteger al objeto, el bebé inhibe en parte sus instintos y en parte los desplaza sobre sustitutos; aquí comienza la formación de símbolos. Los procesos de sublimación y de formación de símbolos están estrechamente vinculados con conflicto y ansiedades de la posición depresiva, y son una consecuencia de éstos.

De modo que durante la posición depresiva cambia enteramente el clima del pensamiento. Es en este momento cuando se desarrolla la capacidad de establecer vinculaciones y la de abstraer, base del tipo de pensamiento que esperamos del yo maduro, en contraste con el pensamiento desarticulado y concreto característico de la posición esquizo - paranoide.

A medida que el bebé pasa por repetidas experiencias de duelo y reparación, de pérdida y recuperación, su yo se enriquece con los

objetos que ha debido recrear en su interior y que ahora se hacen parte de él. Aumenta su confianza en su propia capacidad de conservar o recuperar objetos buenos y su creencia en su propio amor y posibilidades.

La posición depresiva nunca se elabora completamente. Siempre tenemos ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa y situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas. Los objetos externos buenos de la vida adulta siempre simbolizan y contienen aspectos del primer objeto bueno, interno y externo, de modo que cualquier pérdida de la vida posterior reaviva la ansiedad de perder el objeto interno bueno y con ella todas las ansiedades sentidas originariamente durante la posición depresiva.

Las experiencias de repetida depresión e incluso desesperación se hacen intolerables y el yo utiliza todas las defensas disponibles para evitarlas. Estas defensas pertenecen a: reparación y defensas maníacas. Cuando se pueden manejar las ansiedades depresivas mediante la movilización de deseos reparatorios, dichas ansiedades conducen a un mayor desarrollo del yo.

Las defensas maníacas desempeñan un papel importante y positivo en el desarrollo. La resolución de la depresión mediante la reparación es un proceso lento y al yo le lleva mucho tiempo adquirir fuerza suficiente como para confiar en sus capacidades reparatorias. Generalmente solo se puede superar el dolor mediante defensas maníacas, que protegen al yo de la desesperación total; cuando el dolor y la amenaza disminuyen, las defensas maníacas pueden ceder gradualmente su lugar a la reparación. Pero cuando dichas defensas son excesivamente fuertes, se establecen círculos viciosos y se forman puntos de fijación que interfieren con el desarrollo futuro. La organización de las defensas maníacas durante la posición depresiva incluyen mecanismos que ya se manifestaron durante la posición esquizo-paranoide; escisión, idealización, identificación proyectiva, negación, etc. Dichas defensas tienen la característica de estar mucho más organizadas, de acuerdo con la mayor integración del yo, y dirigidas específicamente a impedir la vivencia de ansiedad depresiva y de culpa. Esta última vivencia se debe al hecho de que el yo ha adquirido una nueva relación con la realidad.

Al crecer el bebé y restaurar a sus objetos se acrecienta su confianza en su propio amor, en su propia capacidad de restaurar su objeto interno y de conservarlo como objeto bueno incluso mientras los objetos externos le exponen a experiencias de privación. La repetición de experiencias de pérdida y recuperación hace que gradualmente el objeto bueno se vaya asimilando al yo. Pues en la medida que el yo ha restaurado y recreado internamente al objeto, éste le pertenece cada vez más; el yo puede asimilarlo y el objeto contribuye a su desarrollo. De ahí el enriquecimiento del yo a través del proceso de duelo. Simultáneamente con estos cambios afectivos, la

mayor destreza y capacidad para las actividades externas reales proporciona repetidos reaseguramientos sobre las capacidades reparatorias del yo. En la cúspide de los impulsos reparatorios se utiliza más la prueba de realidad: una parte importante de su reparación consiste en aprender a renunciar al control omnipotente de su objeto y aceptarlo como realmente es.

La reparación misma puede formar parte de las defensas maniacas. En este caso se intenta reparar al objeto en forma maniaca y omnipotente. La reparación propiamente dicha apenas puede considerarse una defensa, ya que se basa en el reconocimiento de la realidad psíquica en la vivencia del dolor que esta realidad causa, y en la adopción de una acción adecuada para remediarla en la fantasía y en la realidad. En realidad es justamente lo opuesto a una defensa; es un mecanismo de gran importancia para el desarrollo del yo y para su adaptación a la realidad.

La aceptación de la realidad psíquica trae consigo la renuncia a la omnipotencia y a la magia, la disminución de la escisión y la remoción de la identificación proyectiva. Significa aceptar la idea de que es un individuo separado de los padres y diferente de ellos, con todos los conflictos que esto acarrea. Implica también, como parte de la reparación, permitir que los propios objetos sean libres y se amen y restauren mutuamente sin depender de uno. Cuando la reparación forma parte de defensas maniacas contra ansiedades depresivas, faltan todos o casi todos estos elementos.

Teniendo hasta aquí una visión general de como se dan las relaciones objetales es imprescindible focalizar la atención en lo que sucede en el vínculo que subyace entre una madre y su hijo deficiente mental con la influencia de los elementos depresivos y de ansiedad que matizaran la relación.

Para esto se requiere entenderlo primero desde el punto de vista de la normalidad.

Al describir un niño normal se dice que es de apariencia sana, activo, dando en conjunto la impresión de ser feliz y da a sus padres pocos motivos de preocupación. Come bien, duerme bien, crece como corresponde, su peso aumenta de modo regular así como su talla y de mes en mes se vuelve más listo y más activo siendo cada vez más un ser humano. Emocionalmente disfruta con sus padres y con su medio más y más y, viceversa sus padres y su medio disfrutaban cada vez más con él.

Estas palabras tan simples prueban que no hay nada tan difícil de describir como la normalidad. No obstante, la última afirmación acerca al criterio psicoanalista. Que los padres disfruten con el niño y que el niño disfrute con los padres es una descripción en términos profanos de las relaciones de objeto. Estas deben en cierta medida examinarse desde el punto de vista de la normalidad. Las relaciones entre madre e hijo implican dos individuos diferentes por completo, y lo que satisface a la madre es enteramente diferente de

lo que satisface al infante. Sin embargo, es básico, para el concepto de las relaciones de objeto, que éstas han de ser satisfactorias tanto para la madre como para el hijo.

Comenzando con la madre; su satisfacción dimana del papel que representa para su personalidad específica el hecho de gestar, tener y criar una criatura. Ha de tenerse presente que estas relaciones difieren de cualquiera otras del mundo, pues se da el hecho de que ese mismo bebé, que ahora sostiene en sus brazos hace poco estuvo dentro de ella y fue una parte de su cuerpo. Entonces su apego al bebé era imposible distinguirlo del apego a su propio cuerpo. El feto estaba investido con la catexia narcisista que generalmente se reserva para el propio cuerpo. Cuando a través del parto, el recién nacido se convierte en algo separado de ella, la madre ha de sufrir un proceso de escisión, de renuncia al sentimiento de que el niño era algo idéntico a ella. Es éste un proceso gradual. Durante largo tiempo, todos los logros del niño serán sus propios logros y todos los defectos del infante su propio fracaso. El hecho de que engendrar la criatura le ha originado molestias, que el parto le causó dolores y la crianza sacrificios y gozos, formará parte, directa o indirectamente, de sus sentimientos por el niño. No hay que olvidar o ignorar que para la madre su niño es su principal objeto amoroso; y como todos los objetos amorosos es para ella una fuente de satisfacción. Estas satisfacciones son tanto narcisistas como objetos libidinales. Expresándolo en términos estructurales, podemos decir que la madre obtiene de su hijo satisfacciones para el ello, el yo, y el superyó. De esto se sigue que la satisfacción que cualquier madre puede obtener de sus relaciones con el hijo está determinada por numerosos elementos: a) a través de la naturaleza de los elementos constitutivos de su personalidad; b) a través de la transformación que esos elementos constitutivos han sufrido hasta el momento en que a parido a su hijo; c) de la manera en que ese hijo determinado, en virtud de su equipamiento congénital, tiene la capacidad de efectuar la síntesis de esos diversos elementos en la personalidad de la madre, así como de encajar en las circunstancias de la realidad exterior. (Spitz 1986).

Toma todo el largo curso de la evolución emocional y mental el llegar a relaciones objetales maduras, en las que se reconoce al objeto como persona con derechos propios, como entidad cuyo carácter es independientemente de los deseos y necesidades del sujeto. Muchas personas no alcanzan nunca esta apreciación "objetiva" del otro, o no la alcanzan en relaciones de alta significación emocional. El desarrollo del sentido de realidad en las relaciones personales es paralelo e interdependiente del crecimiento del yo, el que depende a su vez de la maduración de los impulsos instintivos.

Ahora bien en lo que respecta al problema de la relación entre la madre y un hijo deficiente mental nos preguntariamos ¿Que es, para la madre, el nacimiento de un niño? Maud Mannnoni afirma que, en la

medida de lo que desea durante el curso de su embarazo es, ante todo, la revancha o el repaso de su propia infancia; la llegada de un niño va a ocupar un lugar entre sus sueños perdidos: un niño encargado de llenar lo que quedo vacío en su propio pasado, una imagen fantasmática que se superpone a la persona real del niño. Este niño soñado tiene por misión reestablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado deficiente, sufrido como carencia, o prolongar aquello a lo que ella debió renunciar.

Si ese niño, cargado así de todos sus sueños perdidos, llega enfermo ¿qué será de él? La irrupción en la realidad de una imagen del cuerpo enfermo va a causar en la madre un shock en el instante en que, en el plano fantasmático un vacío era llenado por un niño imaginario, surge el ser real que por su enfermedad no solo va a despertar los traumas y las insatisfacciones anteriores, sino que impedirá más adelante, en el plano simbólico que la madre pueda resolver su propio problema de castración.(1)

Más adelante en esa relación madre hijo, la ausencia de diálogo, una situación a dos en una soledad total, es responsable de la angustia y de la depresión de esas madres que, a los ojos del mundo "aguantan admirablemente el golpe". Esta angustia que no pueden dar a compartir es pesada para soportar. Por ello es que hay un momento en la historia del niño enfermo, en que más allá de su problema es el de la madre que se plantea agudamente.

Cada mujer, cada hombre, cada pareja "ante la falta de las señales de identificación de su niño enfermo va a vivir su angustia, la ausencia de diálogo, una situación a dos en una soledad total, es responsable de la angustia y la depresión de estos padres.(Maud Mannoni 1987).

(1) "castración declara Aulagnier es lo que aparece bajo la forma de angustia cuando el Otro no reconoce más al sujeto como objeto de deseo....."

1.4 EXPERIENCIAS DE GRUPO.

Los padres deben aprender a enfrentarse con los problemas diarios que su hijo encontrará en los diferentes niveles de desarrollo y de esta manera determinar la forma en que deben ser manejados. Los padres bien pueden recibir guía y educación sobre los problemas de su hijo deficiente mental sea individualmente o en grupo de otros padres con problemas similares. Por experiencia de autores como Hutt y Gibby (1988) se ha descubierto que sesiones de grupo de padres son muy eficientes en relación a metas educativas y de guía ya que dan a los padres la oportunidad de interactuar con otras personas experimentando sus mismos problemas; dándoles la oportunidad de identificarse con un grupo; de entrar a un espacio abierto donde puedan compartir valiosos métodos de procedimiento entre ellos mismos así como también sus experiencias, y posteriormente adquirir un sentido de logro positivo y de esperanza mediante una asociación recíproca.

Estos grupos han tenido sesiones una vez por semana, con duración de aproximadamente una hora. Y ha resultado ser más eficiente cuando los miembros no sobrepasan de diez personas y probablemente de no menos de cinco o seis (Hutt y Gibby 1988.) Otros ejemplos importantes en lo que se refiere a trabajo grupal han sido:

Experiencia de Grupo para Adolescentes con Retardo Mental y sus Familias en Terapia de Familia Múltiple. Realizado por Parker y col. (1987)

Estas investigaciones ponen como antecedente que las familias de adolescentes con retardo mental en transición de la niñez a la adultez han sido observadas frecuentemente por profesionales quienes los evalúan y tratan para resolver ciertos problemas de ajuste emocional que acompañan al del niño en etapa tardía dentro del período de independencia del desarrollo.

Cada evento en relación al desarrollo debe entenderse de acuerdo a Mac. Kieth (1973), como una intervención de alguna manera exitosa y a su vez como una crisis en un punto exacto en la vida de un niño con deficiencia mental y que no necesariamente garantiza éxito en la situación más cercana de desarrollo, tal como el preparar al niño a una vida independiente o dejarlo en un empleo protegido.

En medio de las dificultades asociadas con la separación están los niveles decrecentados en el funcionamiento de la familia lo cual toma la forma de problemas con las relaciones familiares, baja autoestima entre los miembros de las familias y las dificultades en ajuste a la necesidades de cambio del joven adulto con retardo. El rechazo que se vive en los servicios para tales adultos jóvenes se añade a la práctica tanto como al elemento emocional en esos años de ajuste.

El estudio tiende a apoyar que la separación puede ser un asunto tanto individual como un asunto de desarrollo de la familia. Los miembros de la familia en su intento por brindar su apoyo al joven adulto con retardo topan con asuntos en relación al contexto sistémico del grupo de tratamiento. Muchos de los participantes identificaron asuntos que se abrieron a un nuevo conocimiento para el tratamiento. No es sorprendente que el foco a abarcar cambiara de un asunto simple - separación del adolescente con retardo mental - a asuntos múltiples, incluyendo desacuerdo marital, aspectos sobre sexo, finanzas y disciplina, y cuestiones individuales, tales como el enojo, dificultades en pareja y en el caso de un participante previamente agorafóbias sin diagnóstico.

Se vió que el período de desarrollo del adolescente y la emergencia gradual dentro de la adultez puede ser altamente ansiosa para el retardado y su familia. La desesperanza y frustración generada por años de problemas de tipo social, académico y vocacional resaltan el potencial de sentimientos intensos tales como el enojo y culpa. Dentro del establecimiento del grupo, estos sentimientos fueron vistos como universales y podrían ser tratados a través del reconocimiento de que todas las familias de retardado mental encuentran esta misma situación. Parker (1985) notó que "el proceso terapéutico debe trabajarse en un medio que permita a los miembros de familia, incluyendo el paciente identificado desistir de los viejos roles de familia asignados y llegar al auto tratamiento". Los terapeutas fueron capaces de asistir a los padres para llevar a cabo una misión más racional acerca de los problemas de su niño y necesidades, así como el dirigir su pensamiento y planeamiento apropiado a lo práctico y por consecuencia con una aproximación más optimista hacia el futuro.

Otro Trabajo realizado por Anderson y colab. (1986) consistió en: Estudio Comparativo del Impacto de la Educación y Procesos Grupales para Familias de Pacientes con Desordenes Afectivos. Este proyecto clínico cuya importancia radica en haber llevado a cabo la funcionalidad de la experiencia psicoeducacional comparó el impacto de dos tipos de grupos de familia múltiple en pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus familias. A un grupo le fue asignado un proceso de orientación que enfatizó apoyo, desestigmatización y autoayuda acerca de problemas comunes; y otro grupo fue asignado a una técnica psicoeducacional que enfatizó el abastecer de información acerca de la enfermedad del paciente y métodos para repetirlo efectivamente. Se encontraron diferencias en conocimiento, actitudes y ajuste diádico en los participantes de ambos grupos después de sus sesiones grupales, pero sólo hubieron unas cuantas diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Esto es, aquellos quienes atendieron la sesión psicoeducacional, reportaron significativamente más satisfacción con la experiencia de grupo.

Yalom, 1975 menciona que los miembros se sentirán satisfechos con sus grupos si consideran que el grupo satisface sus necesidades personales; si obtienen satisfacción de sus relaciones con los otros miembros; si les satisface participar en la tarea del grupo; si les satisface ser miembros del grupo en comparación con el mundo exterior.

Se indica que ambos procesos de grupo y de orientación son experiencias deseables cuando son guiados como parte de hospitalización para pacientes. Son útiles ambos, en ayudar a los pacientes a sentirse más optimistas y con un mayor control de su enfermedad y a sentirse más positivos acerca del rol que los miembros de la familia juegan en este proceso. Estos cambios en actitud, podrían ayudar a evitar algunas de las secuelas negativas de depresión en las relaciones familiares. Ayudan a los familiares a ser más esperanzados y culpan menos a los pacientes, haciendo una búsqueda para una última "causa". También podrían ayudar a decrementar o eliminar las presiones familiares que de otra forma son localizadas en el paciente.

En años recientes gran atención ha sido brindada a la idea de proveer a las familias de pacientes psiquiátricos y médicos, información relacionada con la enfermedad como parte de grandes series de intervenciones familiares llamada "psicoeducacional". (Hutt y Gibby 1988).

Experiencias educacionales han sido diseñadas basadas en el supuesto que el conocimiento puede decrementar la ansiedad e incrementar la efectividad de repetición.

Investigaciones previas de familias saludables, con hijos deficientes mentales, han señalado que las necesidades humanas son satisfechas a través de las relaciones interpersonales, que los miembros de la familia responden a y aprenden de cada uno de ellos en forma recíproca y que la conducta es el resultado de muchas variables.

Sin embargo a pesar de la interminable búsqueda por aplicar una mejor técnica de aprendizaje se ha descuidado el papel significativo del afecto y emoción en el aprendizaje.

Teniendo esta visión es importante considerar la asesoría a padres, la cual se vincula estrechamente a la psicoterapia refiriéndola como un método de reducir o eliminar el desajuste del individuo o del grupo, abocada a problemas de naturaleza emocional, en la cual, una persona capacitada establece deliberadamente una relación profesional con uno o varios pacientes con el objeto de remover, modificar o retardar síntomas existentes, mediar en patrones de conducta perturbados y promover un desarrollo y crecimiento positivo de la personalidad (Wolberg, 1967).

Muchos han sido los métodos que tanto en la psicoterapia como en la asesoría se practican con el fin de ayudar a los individuos a enfrentar sus problemas. Sin embargo cuando el objetivo principal es promover la salud mental es necesario la labor del psicólogo clínico o psiquiatra. Por desgracia, la mayoría de estos profesionales se abocan a una corriente en particular, razón que limita la aplicación de una combinación apropiada de métodos a situaciones adecuadas. No obstante Hutt (1977) ofrece una explicación racional y principios específicos cuya finalidad es adaptar principios básicos de varias escuelas de acuerdo al caso particular.

Principalmente se ha considerado que el grupo de encuentro puede ser base para el cambio de conducta, pues de acuerdo a uno de sus iniciadores (Lewin 1946), se ha percibido que la formación en relaciones humanas constituye un tipo de aprendizaje importante, donde la participación observante funciona como el método óptimo para que todos los integrantes del grupo, que participen emocionalmente, se observen y observen al grupo objetivamente, lo cual es considerado tarea esencial para el aprendizaje. Así mismo se han retomado datos que aportados posteriormente por Carl Rogers (1960) han hecho hincapié en que el desarrollo personal, el mejoramiento de la comunicación y las relaciones interpersonales son procesos que basados en la experiencia favorecen la aceptación del individuo mismo y el comienzo del cambio, promoviendo su autenticidad en la que incluyen sentimientos positivos alguna vez reprimidos.

Bajo esta base conceptual el enfoque gestáltico también ha aportado parte de sus principios, al centrar la importancia en la toma de consciencia de la persona misma, de su cuerpo, sus emociones y su medio; haciendo que durante el proceso el individuo asimile sus experiencias, aprenda a darse cuenta de sus necesidades y a satisfacerlas, desarrollando sensibilidad al establecer contacto entre él y los demás haciéndose responsable de sus acciones y consecuencias (Salama 1983).

A esto pueden conjuntarse elementos básicos que parten de técnicas empleadas en otro tipo de grupos, en las que pueden incluirse ejercicios que profundicen las relaciones interpersonales, enfatizando los actos de los miembros a través de su cuerpo y desechando defensas intelectuales, como es la manera de trabajar de los grupos de Conciencia Sensorial (Yalom 1975). Los objetivos que proponen los grupos de Psicodrama, cuya meta es el acelerar y profundizar la intensidad emocional de la experiencia de grupo, a través de la imitación del desempeño de papeles, de invertir roles etc. benefician el trabajo grupal (Yalom 1986). El psicodrama como una técnica global integra lo corporal, las emociones y sentimientos así como la comunicación verbal haciendo un énfasis particular en la acción corporal para reforzar los sentimientos y las emociones. (Ramírez, 1987).

Así mismo en lo que se refiere al diagnóstico, en la práctica clínica en particular, así como en los estudios de investigación social y cultural sobre las relaciones interpersonales e intergrupales, se emplean cada vez más técnicas proyectivas entre otras como método de exploración de la dinámica de la personalidad. Su amplia utilización se debe a la general comprensión de la importancia de entender la interacción de los motivos inconscientes y los esfuerzos conscientes, cuyas resultantes se advierten en la conducta manifiesta. Brunner (1951), examinando el valor de sus trabajos experimentales sobre la percepción para la teoría de Rorschach pareció estar aproximándose al punto de vista de que el desarrollo de una teoría adecuada de la percepción solo podría derivarse del entendimiento de lo que el campo perceptual significaba para el sujeto en función de relaciones personales.

Las conclusiones de Brunner corrieron muy próximas a las de Lewin (1939). Según su teoría dinámica, la personalidad podía solo entenderse si se le mira en relaciones con el campo en que opera. El campo psicológico está determinado primariamente más por los factores sociales que por los físicos pues desde el comienzo mismo de la vida al campo le han sido dados su estructura y su significado muy fundamentalmente por la experiencia de las relaciones con otras personas. Según el mismo Kurt Lewin, lo realmente relevante en la determinación del comportamiento no es lo objetivamente sino lo que es percibido en el campo psicológico, y aquello a lo que el individuo presta atención selectiva en una situación particular depende de "sistemas psicológicos tensionales" caracterizados de algún modo por la pasada experiencia de las relaciones con las personas.

Para lograr una cabal comprensión de como la percepción de las relaciones influye sobre el desarrollo de la personalidad y, por consiguiente, sobre la conducta de un individuo en una situación dada, debe tenerse en cuenta tanto las dinámicas inconscientes como las conscientes.

Con todo lo anteriormente señalado, es comprensible que la llegada de un hijo deficiente mental al seno familiar desencadene una serie de reacciones emocionales como la depresión y la ansiedad, las que estarán matizadas por la personalidad de cada padre.

La conjugación de éstos elementos (D.M., reacciones emocionales y personalidad de los padres) influye en la forma en que los padres se relacionan con sus hijos y sus hijos con ellos así como el vínculo padre e hijo se relaciona con el mundo. Estas relaciones interpersonales que se establecen son de suma importancia, ya que para ayudar al D.M. a desarrollar al máximo sus reducidas capacidades se requiere que estas relaciones sean lo más saludables posible. En base a la categoría propuesta por Kanner (1953) y algunos otros investigadores se sabe que hay padres que reaccionan positivamente ante las angustias y la depresión surgidas del problema de la deficiencia mental, más sin embargo existen otros que niegan,

ocultan, rechazan o se muestran pesimistas ante la situación. Estas conductas inadecuadas de los padres pueden ser reflejo de una falta de información o un mal manejo de las emociones producidas por la enfermedad del hijo.

Una intervención grupal permite abordar ambos aspectos tanto de conocimientos como de emociones y como se ha visto en la experiencias educacionales el conocimiento del problema puede ser reductor de estres y ansiedad.

El aprendizaje debe ser tanto de información como de manejo de emociones para que en forma integral los padres puedan obtener un mayor beneficio.

Dentro de un grupo surgen elementos inconscientes y conscientes, además se entablan relaciones entre los sujetos que participan, así como, también cada uno de ellos consigo mismo; es a través de percibir con interés los dinamisimos de cada elemento y del grupo en su totalidad lo que da la posibilidad de conocer, manejar y encauzarlos de manera mas satisfactoria. En un trabajo terapeutico se intenta un cambio en estas relaciones.

A lo largo de este marco conceptual se ha podido palpar la importancia que tiene el establecimiento de las relaciones objetales, desde una edad temprana pues a medida que se enlazan los vinculos primarios, el desarrollo de la diada y más tarde la triada adquiere y experimenta nuevas posibilidades que forman parte de la futura adaptación con el mundo externo. Dar cabida al yo y al otro como seres separados e integrar sanamente una personalidad, que sea capaz de adaptarse, aceptarse y dirigirse a la biofilia.

Es factible que con las características peculiares de un trabajo grupal, que actuan como movilizadoras de las relaciones de objeto y por ende en las relaciones personales, se posibilite el establecimiento de relaciones personales satisfactorias y una adecuada adaptación a nuevas situaciones. Por esta razón se considera que es conveniente una intervención grupal con padres con hijos deficientes mentales, para ayudarlos a enfrentarse de manera diferente a sus experiencias de vida.

Por todo lo anteriormente expuesto se estructuró un programa que se llevó a cabo en la clinica 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social que estuvo dirigido a los padres con hijos deficientes mentales, derechohabientes de este Instituto.

Este programa surgió de la necesidad de brindar atención, a un número mayor de estos padres, ya que la incidencia de pacientes con deficiencia mental era elevado. Estos padres se mostraban durante las consultas de sus hijos, angustiados y muy desorientados por lo que las psicólogas buscaron la manera de cubrir las demandas de estas personas en un tiempo relativamente corto y de buscar la mayor efectividad y profundidad posible.

Las inquietudes y las demandas que los padres expresaban en sus consultas en Psicología fueron también expresadas en sus consultas en Psiquiatría y Trabajo Social, por lo que se pudo corroborar a través del intercambio de información y experiencias entre los especialistas de las diferentes áreas, la necesidad de ayudar en forma integral, e interdisciplinaria la problemática de estos padres, que en resumen era: A) desesperación y angustia ante el desconocimiento del origen de la enfermedad así como sus posibles consecuencias y control. B) coraje y agresión ante los fracasos y limitaciones del aprendizaje y adaptación del niño ante situaciones cotidianas como escolares y recreativas. C) Depresión, tristeza y angustia por no saber darle al hijo un futuro seguro cuando los padres ya no puedan protegerlo. D) Negación de la deficiencia del hijo lo que ocasiona mucha frustración a los padres al exigir al niño cosas que no puede lograr en escuelas normales y a su vez evitando las escuelas adecuadas que pueden brindar la ayuda necesaria.

Se pidió a cada uno de los profesionistas del área de Salud Mental de la Clínica que señalarán los temas e inquietudes que con más frecuencia manifestaban los padres con hijos deficientes mentales para que de esta manera fueran los padres los que de forma indirecta propusieran los temas de este programa.

El objetivo principal es la formación de un grupo a través del cual se manejen aspectos de información y orientación con enfoque de tipo psicoeducacional y por otro lado aspectos de tipo emocional con enfoque vivencial. Teniendo como finalidad tratar de reducir la depresión y la ansiedad que frecuentemente padecen estos padres así como mejorar sus relaciones interpersonales. (ver apéndice 1).

En la fase psicoeducacional se dió amplia información en donde se tocaron diversos temas relacionados con la Deficiencia Mental por que como se mencionó anteriormente se han llevado a cabo trabajos grupales en donde se ha podido observar que, un conocimiento más amplio sobre la enfermedad de un familiar tiene como consecuencia el

poder reducir la ansiedad y la depresión reactiva, ocasionada por la situación que provoca la existencia de un miembro enfermo.

En la fase vivencial se dió importancia a los aspectos emocionales, pues se sabe que las experiencias de grupo con técnicas que permiten al sujeto experimentar el papel del otro y así poder darse cuenta de la relación que establece con las demás personas, favorecen un cambio en las relaciones interpersonales, lo cual podrá mejorar la comprensión y el cuidado de los hijos deficientes mentales. El manejo de los factores emocionales al darse dentro del marco institucional, requirió de técnicas específicas como las psicodramáticas y

gestálticas ya que éstas dan al trabajo grupal una gran intensidad que permite abrir nuevas perspectivas para promover cambios en pocas sesiones. La combinación de técnicas se aproxima a lo que planteaba Hutt en 1977.

El programa en el aspecto psicoeducacional abordó los siguientes temas involucrados con la deficiencia mental:

1. Médicos y Psicológicos.

- a) Etiología de la Deficiencia Mental.
- b) Diagnóstico Diferencial.
- c) Manejo Psicofarmacológico.
- d) Sexualidad.
- e) Privación Psicosocial.

2. Educativos.

- a) Estimulación Temprana.
- b) Manejo Psicopedagógico.
- c) Alternativas Laborales y Posibilidades Educativas.
- d) Actividades Deportivas, Recreativas y Artísticas.

3. Trabajo Social.

- a) Incidencia de la Deficiencia Mental y sus Repercusiones Sociales.
- b) Abordaje Institucional.

4. Legal.

- a) Incapacidad Jurídica de los Deficientes Mentales en el Derecho Mexicano)

(ver apéndice II).

Lo referente a información sobre deficiencia mental fue impartido por especialistas de diferentes áreas como psiquiatras, psicólogos, maestras de educación especial, trabajadora social y miembros de la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del D.M.

En lo que respecta al trabajo vivencial, fué la Mtra. y T.F.I. Lizzette Terrazas Salgado quien por su experiencia clínica y sus amplios conocimientos en las técnicas vivenciales aplicadas a la familia coordinó y dirigió las sesiones. Contando además con dos psicólogas clínicas y dos pasantes de psicología.

El trabajo vivencial tiene contemplado el abordaje de los puntos siguientes:

- A) Integración del grupo empleando dinámicas grupales.
- B) Rastreo de las emociones predominantes en los elementos del grupo. Dinámica grupal.
- C) Agresión, culpa y depresión. (sesiones que serán flexibles en número dependiendo de las necesidades del propio grupo). Técnicas Psicodramáticas.
- D) Cambio de actitudes para permitir la aceptación y rechazo que sienten por sus propios hijos y tratar de sensibilizarlos considerando las limitaciones y capacidades de su hijo. Técnicas de Gestált y Conciencia Sensorial.
- E) Cierre con Técnica de Hipnosis Ericksoniana para facilitar la elaboración y asimilación del trabajo realizado.

El hecho de que este programa se desarrolle dentro de una institución resalta la ventaja de poder fundir los conocimientos y experiencias de todos los especialistas en sus respectivas materias enfocados al servicio de una determinada población y así poder contribuir a una mayor calidad de vida.

Además de toda esta forma integral e interdisciplinaria en que se dió el programa, el trabajo a realizar es complementado y enriquecido a través del contacto y apoyo de la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental A.C. esto permite tener la aportación de otros especialistas no solo a nivel de información médica, psicológica etc. sino a nivel experiencial, ya que algunos de los ponentes al tener hijos con D. M. permite que en este programa compartan emociones, alternativas, expectativas reales y logros alcanzados en sus propios hijos. Es importante resaltar que al no ser únicamente a nivel informativo se propicia un espacio para encontrar el eco de sus emociones en los otros y lograr facilitar la reorientación y canalización de un cúmulo de energía, hasta ahora dispersa, para lograr superar los obstáculos que se presenten para alcanzar el equilibrio y la armonía interna.

Al expresar sus experiencias, los ponentes con hijos deficientes mentales, resulta ser una visión diferente de como enfrentar la deficiencia mental y sus repercusiones emocionales, familiares, sociales y de cualquier índole. Siendo un momento en el que se abre un abanico de posibilidades ante el mundo y un reto a no permanecer aislado.

CAPITULO II.

METODO.

TIPO DE INVESTIGACION.

De acuerdo al tipo de investigación a realizar, fue un estudio de tipo exploratorio por ser un fenómeno no estudiado con anterioridad en la población específica y propuesta para dar base a estudios posteriores.

Así mismo, tuvo la característica de ser un diseño de una muestra de tipo Pre-Post en la que los mismos sujetos se sometieron al estudio en más de una ocasión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Existen diferencias entre las variables de estado de Ansiedad, estado de Depresión, y tipo de Relación Objetal después de la experiencia de un grupo de Encuentro y Sensibilización de Padres con Hijos Deficientes Mentales?

HIPOTESIS:

a) Hipotesis de Trabajo:

- Existirá una disminución en el estado de Ansiedad después de pertenecer a un grupo de encuentro y sensibilización para padres de deficientes mentales.
- Existirá una disminución en el estado de depresión después de pertenecer a un grupo de encuentro y sensibilización para padres con hijos de deficientes mentales.
- Existirá un cambio favorable en la relación objetal después de pertenecer a un grupo de encuentro y sensibilización para padres con hijos deficientes mentales.

Hipotesis Estadísticas:

Hipotesis Nulas.

- H01 No existe una diferencia estadísticamente significativa en el estado de Ansiedad antes y después de pertenecer a un grupo de encuentro y sensibilización para padres con hijos deficientes mentales.
- H02 No existe una diferencia estadísticamente significativa en el estado de Depresión antes y después de pertenecer a un grupo de encuentro y sensibilización para padres con hijos deficientes mentales.

Ho3 No existe una diferencia estadísticamente significativa en el tipo de Relación Objetal antes y después de pertenecer a un grupo de encuentro y sensibilización para padres con hijos deficientes mentales.

Hipotesis Alternas:

Hi1 Si existe una diferencia estadísticamente significativa en el estado de Ansiedad antes y después de pertenecer a un grupo de encuentro y sensibilización para padres con hijos deficientes mentales.

Hi2 Si existe una diferencia estadísticamente significativa en estado de Depresión antes y después de pertenecer a un grupo de encuentro y sensibilización para padres con hijos deficientes mentales.

Hi3 Si existe una diferencia estadísticamente significativa en el tipo de Relación Objetal antes y después de pertenecer a un grupo de encuentro y sensibilización para dres con hijos deficientes mentales.

VARIABLES:

Variable Independiente.-	Grupo de Encuentro
Variable Dependiente (1).-	Estado de Ansiedad
Variable Dependiente (2).-	Estado de Depresión
Variable Dependiente (3).-	Tipo de Relación Objetal

VARIABLES.

Definición Conceptual.

Grupo de Encuentro

"... término genérico que abarca variedad de formas como grupos de desarrollo personal, grupos de experiencia , de confrontación, etc. Su tamaño varía entre ocho y veinte miembros siendo lo suficientemente grandes para alentar la interacción de persona a persona y siendo lo bastante pequeños para permitir la interacción de todos los miembros; enfocan el aquí y el ahora; superan las convenciones y eliminan las poses sociales tradicionales. Aprecian la sinceridad interpersonal, el análisis, la confrontación, la expresión emocional vigorosa y la revelación de sí mismo. Enfatiza en ofrecer una experiencia y a menudo explícita o implícitamente se esfuerza por lograr algún tipo de cambio en conducta, actitudes, valores, estilo de vida , etc. o cambiar la manera de ser en el mundo". (Yalom, I. 1975).

Ho3 No existe una diferencia estadísticamente significativa en el tipo de Relación Objetal antes y después de pertenecer a un grupo de encuentro y sensibilización para padres con hijos deficientes mentales.

Hipotesis Alternas:

Hi1 Si existe una diferencia estadísticamente significativa en el estado de Ansiedad antes y después de pertenecer a un grupo de encuentro y sensibilización para padres con hijos deficientes mentales.

Hi2 Si existe una diferencia estadísticamente significativa en estado de Depresión antes y después de pertenecer a un grupo de encuentro y sensibilización para padres con hijos deficientes mentales.

Hi3 Si existe una diferencia estadísticamente significativa en el tipo de Relación Objetal antes y después de pertenecer a un grupo de encuentro y sensibilización para padres con hijos deficientes mentales.

VARIABLES:

Variable Independiente.-	Grupo de Encuentro
Variable Dependiente (1).-	Estado de Ansiedad
Variable Dependiente (2).-	Estado de Depresión
Variable Dependiente (3).-	Tipo de Relación Objetal

VARIABLES.

Definición Conceptual.

Grupo de Encuentro

"... término genérico que abarca variedad de formas como grupos de desarrollo personal, grupos de experiencia, de confrontación, etc. Su tamaño varía entre ocho y veinte miembros siendo lo suficientemente grandes para alentar la interacción de persona a persona y siendo lo bastante pequeños para permitir la interacción de todos los miembros; enfocan el aquí y el ahora; superan las convenciones y eliminan las poses sociales tradicionales. Aprecian la sinceridad interpersonal, el análisis, la confrontación, la expresión emocional vigorosa y la revelación de sí mismo. Enfatiza en ofrecer una experiencia y a menudo explícita o implícitamente se esfuerza por lograr algún tipo de cambio en conducta, actitudes, valores, estilo de vida, etc. o cambiar la manera de ser en el mundo". (Yalom, I. 1975).

Ansiedad.

"Es una sensación persistente de terror, aprehensión y desastre inminente; constituye una respuesta a la amenaza que surge de profundos y peligrosos impulsos reprimidos dentro de la personalidad, o bien a los sentimientos reprimidos que luchan por hacerse conscientes; es una advertencia de peligro que se origina en la presión que ejercen las actitudes internas inaceptables". (Noyes y Kolb. 1969).

Depresión.

"Tono afectivo basado en un sentimiento de tristeza.-Tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia consciente y en la hostilidad con impulsos agresivos dirigidos hacia personas que son el objeto de una devoción forzada o hacia personas de quienes depende la propia seguridad; los impulsos hostiles que originalmente se dirigían contra otras personas llegan a dirigirse contra el propio yo del individuo. (Noyes y Kolb. 1969).

Relación Objetal.

La teoría psicoanalítica de las relaciones objetales representa el estudio psicoanalítico de la naturaleza y el origen de las relaciones interpersonales y de la naturaleza y el origen de las estructuras intrapsíquicas que derivan de relaciones internalizadas del pasado fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes. (Michaca P. 1986, Phillipson H. 1981).

VARIABLES.

Definición Operacional.

Grupo de Encuentro.

Se considera como el conjunto de personas de ambos sexos que comparten como características primordiales el tener uno o varios hijos con problema de deficiencia mental, y ser derechohabientes del I.M.S.S.

Ansiedad.

Se toma como el estado emocional transitorio de una persona caracterizada por tensión, inseguridad, intranquilidad, irritabilidad, estados de agitación, temblor distal, trastornos de la alimentación, insomnio.

El nivel es considerado de acuerdo a la Escala IDARE.

Depresión.-

Es considerada como el estado bajo de ánimo caracterizado por: talante bajo presentando melancolía, tristeza, accesos de llanto; alteraciones fisiológicas manifestándose variación diurna exageración del síntoma en la mañana y alivio parcial en el transcurso del día; despertar del sueño temprano y frecuente. Pérdida del apetito, pérdida de peso, disminución de la libido. Entre otras alteraciones: constipación, taquicardia y fatiga.

Entre las manifestaciones psicológicas se presentan agitación y lentificación como activadores psicomotores; y como activadores ideacionales, confusión, sensación de vacío, desesperanza, indecisión, irritabilidad, insatisfacción, devaluación personal e ideación suicida.

Estos síntomas son estimados bajo los cuatro rubros de diagnóstico de la Escala ZUNG.

Relación Objetal.-

Son las relaciones tempranas que el sujeto establece con sus padres mediante la experiencia sensorial, cuyos caracteres de gratificación y frustración son tomados como modelos de acción y reacción que permiten a lo largo de un proceso de evolución mental y emocional el logro de la identidad e individualidad del sujeto.

Son descritas de acuerdo al grado de desarrollo logrado en tres áreas de funcionamiento.

- I. Capacidad de Discriminación.
- II. Capacidad de Pensamiento Simbólico-Abstracto.
- III. Capacidad de Insight y Elaboración.

SUJETOS.

Esta muestra fue determinística ya que los sujetos que participaron en este grupo de encuentro y sensibilización tuvieron como requisito principal el ser padres de personas con deficiencia mental - diagnóstico hecho por el equipo de psiquiatría y psicología - sin importar edad, grado de estudios, ni nivel socioeconómico de estos padres, necesitando únicamente su aceptación voluntaria para pertenecer a la muestra. Adicionalmente, fué requisito el ser derechohabiente del IMSS. La muestra fue de 10 sujetos.

ESCENARIO.

El escenario principal fué ubicado en una de las salas de Usos Múltiples lugar perteneciente a la clínica 10 del IMSS. En esta aula se tuvo un espacio aproximadamente de 30 metros cuadrados contándose con una mesa y sillas suficientes colocadas de manera circular.

Este lugar dió la posibilidad de movimiento y mayor interacción de los elementos del grupo así como para el uso de proyecciones, rotafolios, etc.

Por lo que respecta al sitio donde se llevó a cabo la aplicación individual de pruebas psicológicas, este fue situado en los cubículos de psicología pertenecientes al mismo Instituto.

DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS.

Los instrumentos utilizados para el propósito fundamental de la investigación se presentan a continuación:

Escala de Medición de la Depresión de W. Zung.

Esta escala comprende una lista de 20 declaraciones. Cada declaración se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas se esbozan de manera comprensiva, los síntomas ampliamente reconocidos como desórdenes de la depresión. A un lado de las declaraciones aparecen 4 columnas encabezadas que dicen: Muy pocas veces, Algunas veces, La mayor parte del tiempo y Continuamente. La escala esta planeada de tal manera que un índice menor de 40 indica poca o ninguna depresión; un promedio de 69 indica una depresión media; depresión severa a un promedio de 70 y para aquellos cuyo promedio sea mayor que 50 pero menor de 60 tendrán un diagnóstico de reacción de ansiedad, desórdenes de la personalidad o reacción de ajuste.

La escala de autoevaluación de Zung, además de ser un instrumento sencillo y de fácil aplicación ha resultado útil en múltiples investigaciones llevadas a cabo en otros países obteniendo así una medida confiable. Ha sido un buen auxiliar para el diagnóstico de la depresión sobre todo al presentarse ésta en forma enmascarada.

Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Versión Español.

Es la versión STAI (State Trait-Anxiety Inventory) constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la Ansiedad, la llamada Ansiedad Rasgo (AR) y la llamada Ansiedad Estado (AE). La escala A-Rasgo del inventario de la Ansiedad consiste de 20 afirmaciones de las que se pide a los sujetos describir, como sienten generalmente. La Escal A-Estado también consiste en 20 afirmaciones pero las instrucciones requieren de los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado.

La Ansiedad Estado (AE) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivas, conscientemente percibidos, por un aumento en las actividades del sistema nervioso autónomo.

La Ansiedad Rasgo se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes como elevaciones en la intensidad de la Ansiedad Estado.

La calificación de las pruebas aplicadas se hizo de acuerdo al formato del mismo inventario.

Test de Relaciones Objetales.

El material consiste en tres series de cuatro láminas con figura y una lámina en blanco. Cada una de las figuras tiene un tamaño de 6 por 7.5 pulgadas y esta impresa sobre una lámina de 9 por 11.5 pulgadas aproximadamente. Cada una de las series denominadas A, B y C, respectivamente, presenta situaciones de relaciones objetales básicas: situaciones de una persona, de dos personas, de tres personas y situaciones de grupo. En las tres series las situaciones básicas de relaciones objetales varían en cuanto al contenido y contexto de realidad.

Láminas de la serie A. Las figuras están dibujadas con sombreado liviano al carbón. Lo que haya de contenido de realidad lo da la luz, la oscuridad del sombreado y la textura de las láminas, respecto de los cual se acepta por lo general que moviliza contenidos vinculados con las relaciones tempranas de dependencia y con las necesidades de afecto y seguridad.

Láminas de la serie B. Las figuras humanas de esta serie también están dibujadas al carbón, con sombreado mucho más oscuro para dar profundidad. Al igual que las figuras la composición ambiental se define por sus contornos. Tanto este recurso como la obscuridad buscan enfatizar las relaciones de fantasía con objetos amenazantes e intrasigentes. La profundidad que produce el sombreado al carbón, puede tender así mismo a evocar la experiencia y expresión de ansiedades relacionadas con el control de las fuerzas internas y del mundo externo.

Láminas de la serie C. Esta serie está realizada con un estilo diferente de dibujo; aunque también representa las figuras en forma ambigua, lo hace en un nivel más maduro y con apariencias de vida. Se emplea el color como parte esencial de la presentación artística con áreas cromáticas especiales que se proponen operar como un fuerte desafío emocional. El nivel de la realidad es maduro y se ha pensado que la introducción del color aumenta la amenaza y los apoyos en función de la participación emocional real.

Lámina en Blanco. Aquí el sujeto no solo puede mostrar la relación transferencial en la que ha estado operando a lo largo de toda la tarea; a menudo podrá resumir sus problemas actuales tal como él los siente y los métodos de solución más aceptables para él. Esta lámina brinda un cuadro del mundo que él se crearía para gratificar sus necesidades, evitando, al mismo tiempo, las amenazas y consecuencias que teme en la realidad los indicadores utilizados tuvieron como objetivo investigar el grado de desarrollo logrado en tres áreas del funcionamiento mental:

- I. Capacidad de Discriminación (Mundo interno / Mundo externo; Realidad / Fantasía; Bueno / Malo). Incluye funciones de:
 - a) Juicio de Realidad.
 - b) Sentido de Realidad.

- II. Capacidad de Pensamiento Simbólico - Abstracto.
 - a) Capacidad de Análisis, Síntesis y Abstracción.
 - b) Noción de Causalidad Emocional.
 - c) Capacidad para establecer relaciones simbólicas con la realidad.

- III. Capacidad de Insight y Elaboración.
 - a) Reconocimiento de la realidad psíquica.
 - b) Reparación y Sublimación.

PROCEDIMIENTO.

Mediante el apoyo institucional a través de las autoridades y la colaboración de médicos psiquiatras y psicólogas que conforman el Servicio de Salud Mental se tuvo la oportunidad de considerar como muestra, a aquellos sujetos derechohabientes de la Clínica 10 del IMSS que aparecieron en sus expedientes como pacientes ya diagnosticados por el servicio de salud mental como Deficientes Mentales Profundos, Moderados o Superficiales.

De acuerdo a las citas posteriores en las que los padres acudieron con su psicólogo tratante, se les dió un aviso sobre la formación del grupo de encuentro próximo a realizarse.

En la selección de este grupo el requisito primordial fué el ser padre con hijo(s) deficiente(s) mental(es), sin importar edad, sexo o grado de deficiencia del paciente identificado. Además ser derechohabientes del IMSS y no tener trastornos de personalidad severos. Este último requisito pudo ser detectado en el periodo de entrevistas que se llevaron a cabo. Bajo estos requisitos se seleccionaron 20 pacientes de los cuales se esperó que la cifra disminuyera ya que no todos los padres tuvieron interés o posibilidad de asistir por diversas causas.

Habiendo confirmado la participación de los padres, se les citó con anticipación a la fecha de inicio de la fase de pretest para realizar una entrevista con cada una de las parejas o individual dado el caso, en el que se pudo saber el grado de motivación o compromiso, de los padres seleccionados para con el grupo. Así mismo, se pretendió conocer durante estas entrevistas la existencia de alguna problemática emocional que se considerara inadecuada para la participación positiva en los trabajos de grupo.

Teniendo la selección definitiva de los padres que participaron en el grupo se procedió a darles cita para aplicar la batería correspondiente a la sección de pre-test. Dicha batería estuvo constituida por los instrumentos que a continuación se mencionan:

Test de Relaciones Objetales de Phillipson, Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE), Escala de Depresión de W. Zung.

La aplicación de estos instrumentos se llevó a cabo de manera individual y colectiva. El de aplicación individual fue el Test de Relaciones Objetales de Phillipson.

En la fase colectiva se aplicó IDARE y Escala de Depresión. Terminadas las fases de aplicación colectiva e individual se dió inicio a las actividades programadas del Grupo de Encuentro que consistieron en sesiones de dos horas, un día a la semana.

Estas sesiones estuvieron divididas en dos partes, una de información relacionada a cuestiones médicas, educativas, de trabajo social, legal, etc. así como aspectos similares que surgieron dentro de estas sesiones.

El programa completo para el grupo fue de 13 sesiones contando la inauguración y evaluación final o clausura. (ver apéndice 1).

En la primera sesión de trabajo se tuvo como objetivo, favorecer el acercamiento interpersonal de cada uno de los elementos que conformaron al grupo. Esto se logró mediante la dinámica llamada "Ruptura de Hielo". Se inició el trabajo formando dos grupos A Y B, dentro de cada grupo, se pidió a los integrantes se enumeraran 1 y 2 para posteriormente formar parejas, se pararon uno frente al otro y se les pidió que el número 1 le diera al 2 cinco características que lo pudieran describir, el 2 sólo escuchaba. Pasando unos minutos, se le solicitó al número 2 que dijera sus características al número 1 bajo las mismas condiciones. Terminada esta fase tomaron sus lugares formando un círculo y cada persona hizo la presentación al grupo de la persona con la que le había tocado trabajar. Las características que con mayor frecuencia se presentaron fueron: "responsable", "enojón", "alegre", "puntual", "trabajador", "sociable" y "tranquilo". El permitirse ser descrito ante un grupo favoreció el conocimiento interpersonal rápido y sin temor.

La segunda sesión fué manejada a través de la dinámica "La Línea de Vida", la cual enfocó la problemática emocional de cada uno de los padres. A los integrantes del grupo se les pidió que formaran un círculo y empezaran a caminar guardando silencio conectándose consigo mismos, posteriormente tomaron sus lugares, en las sillas que estaban distribuidas alrededor del salón y ya sentados, se les repartió una cartulina de 30 por 25cm y una caja de crayolas, con la indicación de que dibujaran uno de los momentos más importantes de su vida. Al término de su trabajo cada uno de los padres habló sobre el contenido de su lámina. Se pudo percibir en algunos casos, que el hablar de el momento más importante, fué motivo de "quebre emocional". Los temas más expuestos fueron el matrimonio y el nacimiento del niño con problema, así como lo relacionado a las actividades de este niño como la escuela, los logros de nuevas pautas de conducta y aprendizaje. El tema de matrimonio se manifestó con la idea de ilusión y alegría, más sin embargo se pudo percibir que con el paso del tiempo, ésto se opacaba con la sensación de abandono y la falta de cooperación de la pareja en lo que respecta al cuidado del hijo.

Retomando los temas de las sesiones anteriores se contruyeron las siguientes tres dinámicas, relacionadas con las figuras de: pareja, hijo y personas que intervinieron en la atención médica, escolar etc. del niño. Desde la sesión anterior se percibió que las figuras de proyección estaban matizadas con sentimientos de culpa y agresión, por tal motivo se seleccionó el ejercicio vivencial de la "silla vacía" para en esta tercera sesión favorecer la descarga de estas emociones.

Así pues, en la tercera sesión se trabajó "Silla Vacía" con las figuras del médico, psicólogo, psiquiatra o personal médico que estuvieron en contacto con el niño en su nacimiento, posterior a éste y en su diagnóstico.

Se formaron dos equipos, el de "acusados" con el derecho de defenderse o defender al acusado en turno y el otro equipo el de los "acusadores".

En medio del salón se puso una silla representando el banquillo de los acusados en la cual se trató de depositar toda la agresión que hacia este personaje se tenía, más sin embargo hubo necesidad de sentar a un miembro del equipo de los acusados (elemento del equipo de trabajo) para que se defendiera o recibiera ayuda del resto de su equipo.

Durante la vivencia se pudo observar que, dado que era una figura ajena al núcleo familiar se tuvo la posibilidad de exteriorizar con facilidad los sentimientos de culpa y agresión. Y también se tuvo la oportunidad de que el propio grupo rescatara la figura expuesta dado que no solo se llevó a cabo el papel, de acusado sino que se invirtieron los roles en un segundo tiempo.

Cuarta sesión, se continuó con el trabajo iniciado en la sesión anterior, en este caso el manejo de la agresión se llevó a cabo de la misma forma y se cambió la figura del médico, por el de la pareja. La persona que pasaba al centro podía ser indistintamente hombre o mujer y representar ambos sexos sin importar el propio, se notó que al ser ésta una figura más cercana no se pudo expresar en forma tan abierta la agresión y la culpa. Hubo parejas que pudieron sacar agresión coraje y culpa, en forma más o menos abierta, otras tantas desviaron la agresión no tanto al hecho de tener un hijo con deficiencia mental sino agresiones que soslayadamente involucraban a la familia extensa. De igual manera se les dió la oportunidad de ser acusados y acusadores para poder rescatar la figura.

En la quinta sesión, aunque el manejo continuó siendo el de la agresión se tuvo que emplear un método diferente ya que podía producir mucha ansiedad la figura del hijo con deficiencia mental. Se les repartieron papeles en blanco y se les pidió anotaran cinco sentimientos negativos hacia el hijo y que firmaran a través de un pseudónimo para que pudieran expresarse con mayor libertad sin que se les reconociera. Se intercambiaron los papeles y se leyó en voz alta el contenido de cada uno, después todos los padres tuvieron la posibilidad de dar un consejo, que como no estaba dirigido a una persona en especial, el beneficio del consejo era para todo el grupo. Al terminar la lectura el grupo comentó cuales eran los sentimientos que más frecuentemente se habían manifestado y

compartieron cuales eran sus reacciones ante éstos, siendo los siguientes: coraje, tristeza, cariño, frustración, angustia, culpa, desagrado, soledad. A través de éstos trabajos los padres fueron

capaces de expresar sus sentimientos reprimidos, aceptarlos y posteriormente tratar de elaborarlos. Esto tuvo como finalidad el introyectar la otra polaridad emocional, ésto es, en un sentido positivo.

Al favorecer la elaboración de la agresión surgió una depresión reparatoria por lo que en esta sexta sesión se condujo al grupo al reconocimiento de su depresión, exteriorizando las conductas que los padres perciben de sí mismos al estar deprimidos, de manera que ésto fuera un medio inductor para conectarse con su propia depresión. Los padres se sentaron en círculo y se llevó a cabo un "caldeamiento específico" se les indicó que así como se había trabajado con muchos sentimientos en anteriores sesiones ese día trabajarían con la tristeza. Se les pidió que cerraran sus ojos y se les hicieron preguntas tales como "¿Cuándo fué la última vez que estuviste triste?" "¿Que haces cuando te sientes triste?" "¿Que te hace sentir triste?". Preguntas que fueron hechas con el propósito de identificar el estado de depresión. Se les pidió que no verbalizaran sino que mantuvieran sus ojos cerrados y trataran de recordar y visualizar el momento, después de darles cierto tiempo a que cada uno de éstos padres pudiera conectarse con sus propias experiencias y sentimientos, se les pidió que abrieran sus ojos y compartieran su vivencia con el grupo.

En resumen se encontró que les producía depresión el no poder controlar los impulsos agresivos que posteriormente desembocaban en culpa, el abandono por actividades propias, la frustración por el no adelanto del hijo, la falta de apoyo, la soledad, la agresión física al hijo enfermo, la impotencia ante la situación, la no aceptación de los demás, el rechazo, el no deseo de estar en casa y el desear la muerte del hijo.

En la séptima sesión, continuando con el trabajo de depresión ya una vez identificada, se utilizó para el caldeamiento una técnica de relajación y para trabajar en forma indirecta los duelos no resueltos, una técnica gestáltica derivada de un ensueño dirigido .

Más adelante, dentro de la octava sesión se continuó facilitando - en términos dinámicos - la proyección del super yo crítico. Se enfatizó esta vez la acción directa sobre la parte del Super Yo irracional o inmaduro, se favoreció su crecimiento de tal manera que fuera más permisivo y de esta manera más reparador. El grupo se dividió en cuatro subgrupos, uno estaba formado por los "acusados" representantes de los padres, que expresaban sus actitudes hacia sus hijos, otro más era el grupo formado por los "fiscales" que representaban el super yo de los padres que cuestionaban estas actitudes, otro el grupo de los "defensores" que exponían el resultado que estas actitudes tenían en favor del niño y que a través de estos se proyectaba las figuras intrapsíquicas. Un último grupo "jueces" formado por las psicólogas que trataban de positivizar

estas conducta y que al absolver a los acusados permitían que el super yo se siguiera transformando y pudiera aprender a ser más permisivo y menos irracional e integrarse en forma más saludable. Esto llevó a la comprensión de que algunas de estas conductas para algunos de ellos eran consideradas como negativas y sin embargo manifestaron que el deseo primordial era ayudar al hijo y reconocieron que no sabían como. Tanto los padres como los psicólogos pasaban por los diferentes papeles ya que los especialistas eran elementos activos y participantes en todos los ejercicios vivenciales. En éstos ejercicios se trabajaba con la proyección, la reelaboración y la reintegración de los aspectos psicodinámicos.

Al llegar a la novena y décima sesión habiendo trabajado con los duelos no resueltos, la depresión en grado suficiente y la transformación de un Super Yo inmaduro se procedió a la modificación de las actitudes hacia los hijos.

Ya reconocidas estas conductas y libres de alguna manera de sentimientos de culpa, se llevó a cabo una tarea "imposible", con un ejercicio psicodramático el cual permitió movilizar actitudes de aceptación y así tratar de sensibilizarlos considerando las limitaciones y capacidades de su propio hijo.

Se hicieron tres grupos para que todos tuvieran oportunidad de pasar y en cada uno de ellos había el que contruye la torre y los que dirigen, de entre éstos integrantes se seleccionó a un padre; se le taparon los ojos y se le colocó frente a una mesa en donde había dados, se le pidió que con ese material formara una torre en donde fuera colocando uno sobre otro los dados. Las demás personas, situadas alrededor de la mesa, le iban ayudando verbalmente sin que intervinieran directamente en la construcción de la torre. Le indicaban donde estaban los cubos, si la torre se ladeaba o si estaba cerca de la orilla de la mesa. El padre con los ojos tapados iba recibiendo las instrucciones de como realizar la actividad. Conforme avanzaba la tarea el grupo empezó a desesperarse y a entrar en conflicto con el que estaba representando la figura del niño, en la medida que éste no podía cumplir con éxito las expectativas del grupo. Finalmente se dieron cuenta que por mucho que le orientaran no había posibilidad de realizar el trabajo en forma adecuada y que entre mas le gritaban más se desesperaba él y los demás. Cada uno paso a ser el constructor, todos experimentaron la incapacidad de cumplir las expectativas de los demás.

En la décima sesión siguiendo el mismo objetivo, se manejó el tema con cambio de roles para que cada uno de los padres vivenciara la situación del hijo deficiente mental. En ésta sesión se describieron en pequeños papeles las conductas que realizan todas aquellas personas con las que el paciente deficiente mental es llevado con fines de orientación o cura, por ejemplo: el médico, la maestra, el sacerdote, la curandera, miembros de la misma familia como son

tíos, abuelos, etc. En éste trabajo cada uno de los padres azarosamente eligió uno de los papeles a desempeñar, en los cuales se incluía la madre, el padre y el mismo hijo con deficiencia mental. Teniendo cada quien su rol a desempeñar se pidió a el "padre", "madre" e "hijo" acudirían con la persona que pudiera brindarles la ayuda necesaria y resolver su situación. De ésta manera se intentó que cada uno al asumir su rol permitiera ver desde el papel del otro las actitudes que pudieran favorecer la alternativa de posible solución, así como la importancia de algunas figuras que puedan representar para el niño un beneficio real.

En la onceava sesión la terapeuta familiar llevó a cabo el cierre de procesos y la facilitación de la elaboración con técnicas vivenciales como Hipnosis Ericksoniana, técnica en la que es especialista.

En la doceava sesión se realizó una visualización al futuro derivada del ensueño dirigido, que tuvo como objetivo experimentar nuevas expectativas en la relación con el hijo.

En la sesión de clausura se invitó a los padres para que asistieran a la clínica a concluir el programa en su fase de Post-test y se les reiteró el compromiso que cada uno adquirió para con el grupo. Esta fase al igual que la de pre-test se llevó a cabo en el área de psicología de la clínica 10, dando a cada integrante un día y un horario específico según se requirió.

CAPITULO III.

RESULTADOS.

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra. Se encontró con respecto a la edad que ésta fluctúa entre 27 y 49 años con una \bar{X} de 37.2. (ver tabla 1)

TABLA 1.

Distribución de frecuencias obtenidas en cuanto a la edad de la muestra.

Años	%	(f)
27	10	1
29	10	1
30	10	1
32	10	1
40	20	2
41	10	1
42	20	2
49	10	1
	-----	-----
100	10	

\bar{X} = 37.2 Desv. Standard = 6.823

En cuanto sexo se obtuvo que 70 % (7) de la muestra pertenece al sexo femenino y 30 % (3) al masculino. (ver tabla 2)

TABLA 2. Distribución de frecuencias obtenidas en cuanto a la variable sexo.

Categorías	%	(f)
Fem.	70	7
Masc.	30	3
	-----	-----
	100	10

En relación al estado civil se encontró que 90% (9) fueron casados y 10% (1) solteros. Sin que se aportara porcentaje alguno para el estado civil viudo, divorciado. (ver tabla 3)

Tabla 3. Distribución de frecuencias obtenidas en cuanto a la variable estado civil.

Categoría	%	(f)
Casado	90	9
Soltero	10	1
	-----	-----
	100	10

Se encontró que la escolaridad de este grupo de padres registra un 10 % (1) por escolaridad primaria, 30 % (3) secundaria, un 20 % (2) nivel técnico o preparatoria y con un nivel profesional 40 % (4) (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de frecuencias obtenidas en cuanto a la escolaridad de la muestra.

Escolaridad	%	(f)
Prim.	10	1
Sec.	30	3
Prep.	20	2
Profes.	40	4
	-----	-----
	100	10

Siguiendo con el análisis de los resultados se desprende que en la escala de ansiedad IDARE estado arrojó una X de 38.900 durante el pre-test, y una X de 40.600 durante el post-test. (ver tabla 5).

Tabla 5. Distribución de frecuencias obtenidas en la variable Ansiedad-Estado, tanto en el pre-test como en el post-test.

Pre - test			Post - test	
Puntaje	%	(f)	%	(f)
20	-	-	10	1
23	10	1	-	-
31	10	1	10	1
32	-	-	10	1
34	20	2	-	-
35	-	-	10	1
36	-	-	10	1
39	20	2	10	1
40	10	1	-	-
41	10	1	10	1
44	-	-	10	1
51	10	1	-	-
57	10	1	-	-
62	-	-	10	1
66	-	-	10	1
	-----	-----	-----	-----
TOTALES	100	10	100	10
X = 38.900		X = 40.600		
Desv. Standard = 9.678		Desv. Standard = 13.986		

Por otro lado la escala de ansiedad IDARE rasgo se encontró con una X de 42.900 en el pre-test y con una X de 39.400 en el post-test (ver tabla 6).

Tabla 6. Distribución de frecuencias obtenidas en la variable Ansiedad Rasgo tanto en el pre-test como en el post-test.

PRE-TEST			POST-TEST	
Puntaje	%	(f)	%	(f)
23	-	-	10	1
27	10	1	-	-
30	-	-	10	1
31	-	-	20	2
33	10	1	-	-
36	-	-	20	2
38	10	1	-	-
40	10	1	10	1
42	10	1	-	-
44	10	1	-	-
45	-	-	10	1
46	20	2	-	-
52	10	1	-	-
53	-	-	10	1
61	10	1	-	-
69	-	-	10	1
Totales	100	10	100	10

\bar{x} = 42.900

\bar{x} = 39.400

Desv. Std. = 9.515

Desv. Std. = 13.393

Finalmente en relación al puntaje de Depresión medido por el ZUNG se encontró una \bar{x} de 45.300 en el pre-test y en el post-test de 41.100 (ver tabla 7).

Tabla 7. Distribución de frecuencias obtenidas en la variable Depresión en el pre-test y post-test.

PRE-TEST			POST-TEST	
Puntaje	%	(f)	%	(f)
9	-	-	10	1
16	10	1	-	-
34	-	-	10	1
36	-	-	10	1
38	10	1	-	-
39	-	-	10	1
40	10	1	-	-
43	-	-	20	2
45	10	1	-	-
46	-	-	10	1
48	-	-	10	1
49	10	1	-	-
50	20	2	10	1
53	10	1	-	-
56	20	2	-	-
63	-	-	10	1
Totales	100	10	100	10

\bar{x} = 45.300
Desv. Std. = 11.954

\bar{x} = 41.100
Desv. Std. = 13.940.

Posteriormente se realizó un Análisis Descriptivo de los resultados obtenidos en la aplicación del Test de Relaciones Objetales de Phillipson.

1) La primera área de funcionamiento mental es la Capacidad de Discriminación que se constituye por dos rubros principales. El primero de ellos se refiere al Juicio de Realidad y se registra por la variable Ajuste Perceptual. Esta variable permite delimitar la capacidad de discriminación entre mundo interno y mundo externo, realidad y fantasía, en la que se asienta la función de juicio de realidad contrapuesto al predominio de mecanismos de identificación proyectiva evacuativa que borran la diferenciación interno - externo y realidad - fantasía, y provocan alteraciones en las funciones de juicio y cotejo de realidad.

Las frecuencias para esta primer variable fueron registradas a través de los siguientes indicadores:

- | | |
|------------------------|-----------------------------------|
| 1. Buen Ajuste | 3. Distorsión con adición |
| 2. Distorsión | 4. Perdida de Distancia Emocional |
| 5. Ilusión Perceptual | 8. Adición Completa |
| 6. Adición de Personas | 9. Adición de Partes |
| 7. Adición de Objetos | |
| 10. Omisión | |

Las frecuencias más altas se encontraron en el indicador de buen ajuste tanto en el pre-test (68%) como en el post-test (72%) siendo mayor en el post-test. Esto puede indicar que existió en el grupo un ajuste perceptual bueno, aunque se tiene que considerar que el indicador de omisión representó la frecuencias siguiente por cantidad (19.23%) señalando la existencia de ciertos núcleos o zonas de conflicto que pueden responder a mecanismos neuróticos de negación o evitación. Se encontró que hubo un ligero incremento de la frecuencia en el post-test (23.33%). El indicador distorsión ocupó el tercer lugar en frecuencia siendo esta mayor en el pre-test (5%) lo que puede indicar la posibilidad de perder temporalmente funciones de discriminación en situaciones que adquieren un grado de saturación emocional muy alto. El indicador adición de personas por su frecuencia es bajo en el pre-test (4.16) y aún más en el post-test en donde la frecuencia se encontró en su mínima expresión (.83%). el indicador ilusión perceptual que trata de una situación intermedia entre distorsión perceptual y una mala interpretación de la realidad igualmente resultan bajas en la frecuencia obtenida tanto en el pre-test (1.66%) como en el post-test (.83%). (ver tabla B).

Tabla B. Distribución de frecuencias obtenidas en la variable Ajuste Perceptual tanto para el pre-test como post-test.

PRE-TEST

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	total
82	6	-	-	2	5	-	-	-	20	120(f)
68%	5%	-	-	1.6%	4.16%	-	-	-	19.23%	

POST-TEST

87	2	-	-	1	1	1	-	-	28	120(f)
72%	1.6%	-	-	.83%	.83%	.83%	-	-	23.33%	

El siguiente rubro perteneciente a la Capacidad de Discriminación se refiere al Sentido de Realidad que es la capacidad para atribuir a los elementos humanos y objetos materiales de la lámina un significado coherente con el contexto de realidad de la misma. La variable que habla sobre ésta capacidad es la adecuada percepción del contexto perceptual pues es la que refleja la forma en que el sujeto atribuye significados emocionales y relacionales, y se registra a través de los siguientes indicadores:

1. Adecuada Percepción.
2. Distorsiones de las Cualidades Emocionales.
3. Ausencia de Emociones.

En esta variable se observó que las frecuencias en el indicador 3 fueron las más altas en el pre-test (62.5%) y en el post-test (56.6%) lo que señala la ausencia de cualidades emocionales en la mayoría de las historias creadas por los sujetos. El indicador 1 referente a una adecuada percepción es el que continuó en orden de frecuencia tanto en el pre-test (27.5%) como en el post-test (31.6%). Por último se encontraron frecuencias en el indicador 2 que a pesar de ser bajas en esta variable hablan de una distorsión de las cualidades emocionales tristes, agobiantes o persecutorias que podrían indicar alteraciones en la interpretación de la realidad (ver tabla 9).

Tabla 9. Distribución de frecuencias obtenidas en la variable Adecuada percepción tanto en el pre-test como en el post-test.

	1	2	3	total
PRE - TEST	33 27.5%	12	75 62.5%	120 (f)
POST - TEST	38 31.6%	14	68 56.6%	120 (f)

La siguiente variable que también informa sobre el Sentido de Realidad es la referente a las características de la estructura de la historia cuyos indicadores son:

1. Historias con sentido común, de relaciones humanas, conflictos y desenlaces realistas.
2. Historias con situaciones raras, conclusiones arbitrarias, explicaciones estereotipadas, soluciones mágicas imposibles en el contexto humano, remotas.
3. Distorsiones proyectadas en personajes.
4. Confusión bueno-malo, sobrevaloración afectiva y reconocimiento admirativo de personajes poderosos, egoístas.
5. Sobrevaloración afectiva de rasgos de sometimiento.

Estos resultados muestran que el indicador con mayor frecuencia en el pre-test (55.8%) y en el post-test (63.3%) fue el 2. El siguiente indicador por frecuencia fue el 1 tanto en el pre-test (43.3%) como en el post-test 33.3%. Es importante hacer notar que en el post-test hubo un decremento en la elaboración de historias de relaciones humanas, y un aumento de la frecuencia en el post-test

para el indicador 2 el cual muestra dificultad para elaborar historias de relaciones humanas, conflictos y desenlaces realistas. Por su parte el indicador 3 mostró bajas frecuencias en el pre-test (.83%) como en el post-test (2%). Sin embargo es importante señalar el ligero aumento en post-test por lo que se podría pensar en distorsiones distónicas que el sujeto está tratando de comprender y modificar. Por último la frecuencia del indicador 5 solo aparece en el post-test (.83%). (Ver Tabla 10)

Tabla 10. Distribución de frecuencias obtenidas en la variable Características de la Estructura de la Historia.

	1	2	3	4	5	totales
PRE - TEST	52 43.3%	67 55.8%	1 .83%	-	-	120 (f)
POST - TEST	40 33.3%	76 63.3%	3 2%	-	1 .83%	120 (f)

2) La segunda área de funcionamiento mental importante corresponde a la Capacidad de Pensamiento Simbólico, que señala el predominio del pensamiento lógico abstracto y la Capacidad para el manejo simbólico del mundo interno y externo y se evidencia en el test de Phillipson por:

- a) Capacidad de Análisis, Síntesis y Abstracción
- b) Noción de Causalidad
- c) Capacidad para establecer relaciones simbólicas con la realidad

Se considera que la capacidad de síntesis es la posibilidad de dar respuestas globales en las que puedan integrar las personas de la lámina con el contenido de realidad y con el contexto de un modo significativo. Análisis es la capacidad para desarrollar por partes las razones o motivos emocionales que promovieron conductas que sería la noción de causalidad así como la búsqueda de soluciones tendientes a resolverlas. La abstracción se da en la posibilidad de centrar la atención del relato en los vínculos humanos presentes en la lámina.

Para conocer el ajuste o distorsión perceptual en este rubro tenemos tres indicadores los cuales son:

1. Ajuste Perceptual.
2. Distorsión.
3. Ausencia de Personajes

El indicador con mayor frecuencia es el referente a distorsión perceptual tanto en el pre-test (67.6%) como en el post-test (70%).

El indicador 1 ajuste perceptual obtuvo el siguiente orden por frecuencia siendo esta de 41 en el pre-test (31.5%) y 39 en el post-test (30%). Por último el indicador 3 ausencia de personajes obtuvo una frecuencia mínima en el pre-test (.76%). (ver tabla 11)

Tabla 11. Distribución de frecuencias obtenidas en la variable Ajuste o Distorsión Perceptual. En pre-test y post-test.

PRE - TEST	41	88	1	130
	31.5%	67.7%	.76%	
POST - TEST	39	91	-	130
	30%	70%	-	

Para conocer la capacidad de análisis se tiene la variable que se refiere al análisis detallista con finalidad defensiva cuyos indicadores son:

1. Capacidad para dar verbalizaciones globales que permiten definir la situación desde la perspectiva emocional.
2. Incapacidad para dar dichas verbalizaciones globales.

Se encontró que el indicador con mayor frecuencia es el 2, el cual muestra el fracaso en la síntesis y el análisis cumpliendo así con la función de control de emociones. Estas frecuencias se encontraron elevadas tanto en el pre-test (80%) como en el post-test (73.8%), aunque se hace notar que la frecuencia es menor en el post-test. (ver tabla 12).

Tabla 12. Distribución de frecuencias obtenidas en la variable Análisis detallista con finalidad defensiva tanto en el pre-test como en el post-test.

	1	2	Total.
PRE	25	105	130
	19.2%	80%	
POST	34	96	130
	26.1%	73.8%	

La variable que se refiere a Síntesis apresurada con finalidad defensiva muestra en sus indicadores si se percibe bien la situación global, siendo estos:

1. Explica los roles de cada persona, el interjuego de relaciones y los pasos en la solución del conflicto.
2. No puede explicitar los roles ni el interjuego de relaciones.

La frecuencia mayor en esta variable se encontró en el indicador 2 tanto en el pre-test (89.2%) como en el post-test (76.1%). Se observó que en post-test disminuyó la frecuencia en este indicador. Esto nos puede indicar que se percibe bien la situación pero no se puede explicar los roles, el interjuego ni la resolución provocando éste el control rígido de las emociones (ver tabla 13)

Tabla 13. Distribución de frecuencias obtenidas en síntesis apresurada con finalidad defensiva.

	1	2	Total.
PRE	14	116	130
	10.7%	89.2%	
POST	31	99	130
	23.8%	76.1%	

Historias alternativas como siguiente variable está constituida por dos indicadores:

1. Una sola historia.
2. Historias alternativas.

Se encontró que el indicador 1 obtuvo la mayor frecuencia en ambas aplicaciones Pre-test (82.3%) y Post-test (81.5%) lo cual indica que las funciones de síntesis son predominantemente buenas. (ver tabla 14).

Tabla 14. Distribución de las frecuencias obtenidas para la variable Historias Alternativas en el pre- test y post- test.

	1	2	TOTALES.
PRE	107	23	130
	82.3%	17.6%	
POST	106	24	130
	81.5%	18.4%	

La variable Estilo Verbal que es la última en informar con detenimiento la Capacidad de Análisis y Síntesis es registrada a través de las frecuencias de sus dos indicadores:

1. Capacidad para estructurar historias completas con pocas frases significativas en las que logre integrar en los personajes sentimientos, acciones y pensamientos.
2. Verbalizaciones detalladas sin afectos.

En esta variable el indicador 2 verbalizaciones detalladas sin afectos obtuvo la frecuencia más alta en el pre-test (88.46%) al igual que en el post-test (82.3%). Disminuyendo en este último. Evidenciando un fracaso en la capacidad de Análisis y Síntesis. (ver tabla 15).

Tabla 15. Distribución de frecuencias obtenidas en la variable Estilo Verbal.

	1	2	Total
PRE	15 11.5%	115 88.46%	130
POST	23 17.6%	107 82.3%	130

Continuando con lo referente a Abstracción perteneciente al inciso a) Capacidad de análisis, síntesis y abstracción dentro de lo que es Pensamiento simbólico se tiene que la variable Posibilidad de centrar la historia en los personajes humanos tiene dos indicadores:

1. Discriminación (abstraer) dentro de la lámina lo central.
2. Lo accesorio.

Se encontró que la variable acumula la frecuencia mayor en el indicador 1 tanto en el pre-test (73.8%) como en el post-test (82.3%). Aumentando esta frecuencia en el post-test, existe la capacidad de abstracción más sin embargo encontramos cierta dificultad para discriminar dentro de la lámina lo central. (ver tabla 16)

Tabla 16. Distribución de las frecuencias obtenidas en Posibilidad de centrar la historia en los personajes tanto en el pre-test como en el post-test.

	1	2	Total.
PRE	96 73.8%	34 26.1%	130
POST	107 82.3%	23 17.6%	130

La variable Capacidad para abstraer rasgos humanos esta valorada por tres indicadores:

1. Describe personajes con capacidad de sentir, pensar y actuar.
2. Personajes deshumanizados que solo actúan o están pero que impresionan como máquinas, títeres o robots en la medida en que no se incluyen sentimientos o conflictos emocionales.
3. Ausencia de personajes.

Para esta variable la frecuencia más alta fue obtenida en el indicador 2 tanto en el pre-test (75.3%) como en el post-test (66.9%), disminuyendo la frecuencia en el post-test señalando este indicador la ausencia de sentimientos o conflictos emocionales. El indicador 1 obtuvo la siguiente frecuencia tanto en el pre-test (19.2%) como en el post test (27.6%). Elevandose la frecuencia en la segunda aplicación. El último indicador por frecuencia fue el 3 que señala la ausencia de personajes. Aunque la frecuencia no es elevada (5.2%) en ambas aplicaciones es un factor importante de considerar. (ver tabla 17).

Tabla 17. Distribución de frecuencias para Capacidad de abstraer rasgos humanos, obtenida en el pre-test y el post-test.

	1	2	3	Total.
PRE	25 19.2%	98 75.3%	7 5.3%	130
POST	36 27.6%	87 66.9%	7 5.2%	130

Finalmente dentro del inciso "a" se encuentra la variable Capacidad para organizar relatos centrados en la situación emocional durante el presente, pasado y futuro. Sus indicadores son:

1. Relato desarrollado.
2. Relato pobre.

Los resultados mostraron que una elevada frecuencia se alcanzó en el indicador de relato pobre, ambas aplicaciones pre-test (93.8%) y post-test (87.6%), decrementándose esta frecuencia en el post-test. (ver tabla 18).

Tabla 18. Distribución de frecuencias obtenidas para la Capacidad para organizar relatos centrados en la situación emocional durante el pasado, presente y futuro.

	1	2	Total
PRE	8 6.1%	122 93.8%	130
POST	16 12.3%	114 87.6%	130

El inciso "b" dentro del Pensamiento Simbólico se refiere a la Noción de Causalidad Emocional, que es la capacidad para ligar estados mentales o actitudes, con conflictos emocionales o sentimientos. Esta relacionada con la capacidad de insight y supone conexión con la realidad psíquica. Abre la posibilidad de comprensión empática con otras personas, al mismo tiempo que la capacidad para ligar o establecer ciertas conexiones mínimas de causa efecto en las relaciones interpersonales.

De ella, se deriva la descripción emocional de los personajes en la historias siendo sus indicadores:

1. Explica los sentimientos y pensamientos de los personajes humanizándolos.
2. Describe actividades, acciones o conductas que no se explican en la historia.
3. Ausencia de personajes.

El indicador 2 obtuvo la frecuencia más alta en el pre-test (80%) y en post-test (76.9), disminuyendo la frecuencia en el post-test, después el indicador 1 que corresponde a las historias que explican los sentimientos y pensamientos, y por último el indicador 3 obtiene únicamente una frecuencia en ambas aplicaciones (.76%). (ver tabla-19).

Tabla 19. Distribución de frecuencias obtenidas en el pre-test y post-test en la variable Descripción emocional de los personajes en la historia.

	1	2	3	Total
PRE	25 19.2%	104 80%	1 .76%	130
POST	29 22.3%	100 76.9%	1 .76%	130

La posibilidad de ligar los estados emocionales con vínculos amorosos o agresivos se registra con los siguientes indicadores:

1. Liga los estados emocionales con vínculos amorosos o agresivos.
2. Abruptas emociones no explicables por el texto verbal o que se infieren pero no están explicados.
3. Ausencia de emociones o vínculos amorosos o agresivos.

Notablemente se encontró que la mayor frecuencia esta en el indicador 3, que señala la ausencia de emociones y vínculos, tanto en el pre-test (81.5%) como en el post-test (71.5%) y nuevamente se observa que en el post-test ésta frecuencia disminuye. El indicador 1 obtiene una frecuencia igual al indicador 2 en el pre-test (9.2%). Sin embargo en la aplicación del post-test el indicador 1 aumenta en frecuencia (15.3%) más que el indicador 2 (13%). (ver tabla 20).

Tabla 20. Distribución de frecuencia obtenidas en el pre-test y post-test en la variable Posibilidad de ligar los estados emocionales con vínculos amorosos o agresivos.

	1	2	3	Total
PRE	12 9.2%	12 9.2%	106 81.5%	130
POST	20 15.3%	17 13%	93 71.5%	130

La siguiente variable que se refiere al Encadenamiento de pasado, presente y futuro se registra con tres indicadores:

1. Crea hipótesis sobre la situación y desenlace.
2. Bloqueo en la elaboración de hipótesis sobre el pasado, presente o el proceso de desenlace.
3. Ausencia de personajes.

El indicador 2 obtuvo la mayor frecuencia tanto en el pre-test (89.2%) como en el post-test (74.6%) siendo menor esta frecuencia en el post-test. Denotando dificultad en la capacidad de crear hipótesis sobre el desenlace. El indicador 1 sigue en frecuencia siendo esta mayor en el post-test (24.6%) que en pre-test (10.7%) el indicador 3 se reduce a una sola frecuencia en el post-test (.76%) (ver tabla 21).

Tabla 21. Distribución de frecuencias en la variable Encadenamiento de pasado, presente y futuro.

	1	2	3	Total
PRE	14 10.7%	116 89.2%	-	130
POST	32 24.6%	97 74.6%	1 .76%	130

Finalmente dentro del inciso "b", la variable que señala Causalidad Realista tiene los siguientes indicadores:

1. Posibilidad de establecer nexos realistas entre la conducta de cada personaje con la respuesta de los demás.
2. Intento de establecer nexos causales, pero éstos son estereotipados, dependientes de seres extraterrestres o poco realistas.

Al respecto, los resultados mostraron que la frecuencia más alta se encontró en el indicador 2 tanto en el pre-test (71.5%) como en el post-test (66.9%), por lo que pudo pensar que existe una deficiencia para establecer nexos causales. Sin embargo es de mencionar que esta frecuencia disminuye ligeramente en el post-test. (ver tabla 22).

Tabla 22. Distribución de frecuencias obtenidas en el pre-test y post-test en la variable Causalidad Realista.

	1	2	Total
PRE	37 28.4%	93 71.5%	130
POST	43 33%	87 66.9%	130

Por último dentro del rubro Capacidad de Pensamiento Simbólico se encuentra el inciso "c" Capacidad de establecer relaciones simbólicas con la realidad. Esto se expresa por la capacidad para percibir la lámina como un objeto que representa situaciones humanas que pueden movilizar conflictos o experiencias personales.

Dentro de ésta, la siguiente variable registra Bloqueos en la capacidad para crear historias y establecer vinculaciones emocionales y sus indicadores son:

1. Relatos bien desarrollados con compromiso emocional.
2. Relatos escuetos formales con poco o nulo compromiso emocional.

En los resultados se encontró relevante la elevada frecuencia dada en el indicador 2 tanto en el pre-test (96.1%) como en el post-test (83%). Así mismo se hace notar que en el post-test hubo disminución en la frecuencia de este indicador. (ver tabla 23).

Tabla 23. Distribución de frecuencias que resultaron en la variable Bloqueos en la capacidad para crear historias y establecer vinculaciones emocionales, tanto en el pre-test como en el post-test.

	1	2	Total
PRE	5 3.8%	125 96.1%	130
POST	22 16.9%	108 83%	130

La siguiente variable se refiere a la Pérdida de distancia emocional y está constituida por cuatro indicadores que son:

1. Capacidad para mantener la distancia entre la lámina como representante simbólico y el yo u objetos cercanos.
2. Incremento de identificación proyectiva.
3. Confusión con el yo u objetos cercanos.
4. Reacciones emocionales intensas y desajustadas.

Los datos mostraron que las frecuencias más altas se encontraron en el indicador 1 tanto en el pre-test (95.3%) como en el post-test (89.2%) pudiéndose pensar que existe la capacidad de tomar la lámina como representante simbólico. Los indicadores 2,3 y 4 por su parte obtuvieron frecuencias mínimas tanto en el pre-test (3.8%, .76%, y 0 respectivamente) como en el post-test (8.4%, 1.5%, .76% respectivamente). (ver tabla 24).

Tabla 24. Distribución de frecuencias que resultaron en la variable pérdida de distancia emocional, tanto en el pre-test como en el post -test.

	1	2	3	4	Total.
PRE	124 95.3%	5 3.8%	1 .76%	-	130
POST	116 89.2%	11 8.4%	2 1.5%	1 .76%	130

3) Para concluir, finalmente se presenta la tercera área de funcionamiento mental que corresponde a la Capacidad de Insight y Elaboración. Esta área tiene dos apartados, a) El reconocimiento de la realidad psíquica. Capacidad de elaboración y b) Capacidad de reparación y sublimación.

El reconocimiento de la realidad psíquica supone un grado de desarrollo e integración del aparato mental que posibilita su delimitación del mundo externo. Las distintas defensas psicóticas y neuróticas tienen por finalidad distintos grados de negación de la realidad psíquica como modo de evitación del dolor. La posibilidad de conexión con el mundo interno (insight) puede dar lugar o no a la elaboración y modificación. La posibilidad de elaboración depende del grado de tolerancia a la frustración y al dolor psíquico que la experiencia de insight implica.

Una de las variables a utilizar es la que nos ayuda a conocer la capacidad de plantear situaciones emocionales conflictivas y resolverlas ,teniendo esta variable cuatro indicadores que son:

1. Historias en las que no se plantean conflictos sino solo pantallazos situacionales con exclusión de afectos.
2. Historias en las que se plantean conflictos serios, pero donde la causalidad está puesta en situaciones ajenas a la voluntad, catástrofes naturales, crisis económicas, mandatos divinos.
3. Historias en las que se plantea conflicto emocional y causalidad adecuada, pero fracasa la elaboración y surgen soluciones " caídas del cielo", en las que cambia toda la situación dolorosa.
4. Historias en donde se plantea una situación de conflicto emocional y causalidad adecuada , hay elaboración y surgen soluciones.

Se encontró que el indicador 1 acumula el mayor número de frecuencias (93%) tanto en el pre-test como en el post-test (80%) siendo importante la disminución de éstas frecuencias en el post-test. El siguiente indicador es el 4 en donde se encontró en el pre-test una frecuencia baja (3.8%) aumentando ésta en el post-test (10%). El indicador 2 sigue en orden y resultó con una frecuencia baja (3%) en el pre-test aumentando éste (7.6%) en el post-test. El indicador 3 no presenta frecuencias en el pre-test pero sí presenta en la aplicación del post-test (2.3%). (ver tabla 25).

Tabla 25. Distribución de frecuencias obtenidas en el pre-test y post-test para la variable Capacidad de plantear situaciones emocionales conflictivas y resolverlas.

	1	2	3	4	Total.
PRE	121	4	-	5	130
	93%	3%	-	3.8%	
POST	104	10	3	13	130
	80%	7.6%	2.3%	10%	

La posibilidad de integrar en los personajes creados, sentimientos, pensamientos y acción se valora con tres indicadores que son:

1. Los personajes pueden reflexionar sobre sus conductas y rectificarse .
2. Personajes con poco grado de humanización sin que tengan esta posibilidad.
3. Ausencia de personajes.

El indicador 2 mostró las frecuencias más elevadas tanto en el pre-test (83.8%) como en el post-test (72.3%) disminuyendo esta en el post-test. El siguiente indicador es el 1 en donde se encontró una frecuencia mayor (24.6%) en el post-test en relación con el pre-test (10%). El tercer indicador es mayor en el pre-test (6.1%) que en el post-test (3%).

En la observación de los resultados de estos indicadores se encontró que en el post-test los sujetos muestran una tendencia hacia la mejor integración de los personajes creados. (ver tabla 26).

Tabla 26. Distribución de las frecuencias obtenidas en la variable Posibilidad de integrar en los personajes creados, sentimientos, pensamientos y acción, tanto en el pre-test como en el post-test.

	1	2	3	Total.
PRE	13 10%	109 83.8%	8 6.1%	130
POST	32 24.6%	94 72.3%	4 3%	130

Del área de Capacidad de Insight y Elaboración un segundo apartado es la Capacidad de Reparación y Sublimación. En este punto al enfrentar al sujeto a cada una de las láminas se le ofrece la posibilidad de externalizar sus conflictos y apelar posteriormente a los recursos reparatorios con los que cuenta para modificarlos.

La valoración de esta capacidad se realiza a través de el grado de reparación del objeto logrado y el tipo de vínculos emocionales dominantes. El primero de éstos se valora con los siguientes indicadores:

1. Historia como objeto completo, entero (relacionado con el estímulo con discriminación de partes temporales, pasado, presente y futuro y con discriminación de roles).
2. Historia como objeto fragmentado (partes de personas, objetos materiales no integrados con el contenido humano).
3. Historia como objeto disociado (fracaso en la integración de pensar, sentir o actuar o fracaso en la inclusión de pasado, presente o futuro).

Los resultados mostraron que el indicador 3 señala las frecuencias más altas tanto en el pre-test (74.6%) como en el post-test (76.9%) incrementándose en éste último. El indicador 2 muestra una mayor frecuencia (17.6%) en el pre-test que en el post-test (10%). Y por último se encontró que la frecuencia se elevó en el indicador 1 en el post-test (13%) en relación al pre-test (7.6%).(ver tabla 27).

Tabla 27. Distribución de frecuencia obtenidas en la variable Grado de reparación del objeto logrado. Tanto en el pre-test como en el post-test.

	1	2	3	Total.
PRE	10 7.6%	23 17.6%	97 74.6%	130
POST	17 13%	13 10%	100 76.9%	130

La segunda variable para valorar la capacidad de reparación y sublimación esta comprendida en los siguientes indicadores:

1. Capacidad de amor, reconocimiento de la dependencia y la necesidad de otros, preocupación por otros.
2. Hostilidad, suficiencia, autoabastecimiento, personajes envidiosos.
3. Temas de homicidio.
4. Temas de suicidio.
5. Depresión, soledad, tristeza.
6. Ausencia de vínculos emocionales dominantes amorosos o destructivos .

Los resultados encontrados mostraron que el indicador con mayor frecuencia fue el 6 que habla de la ausencia de vínculos emocionales, éste es mayor tanto en el pre-test (48.4%) como en el post-test (50%). El indicador 1 relacionado a vínculos amorosos toma el siguiente lugar teniendo una frecuencia menor en el pre-test (30%) comparada con el post-test (32.3%). En orden de frecuencias el indicador 5 tiene el tercer lugar mostrando una frecuencia mayor en el pre-test (13.8%) con respecto al post-test (12.3%). El indicador 4 obtiene solo una frecuencia en el pre-test (.76%) incrementandose en el post-test (1.53%). Por último el indicador 3 solo obtiene una frecuencia en el pre-test (.76%). (ver tabla 28).

Tabla 28. Distribución de frecuencias obtenidas tanto en el pre-test como en el post-test en relación a la variable Tipo de vínculos emocionales dominantes amorosos o destructivos.

PRE	1	2	3	4	5	6	Totales
	39	8	1	1	18	63	130
	30%	6.1%	.76%	.76%	13.8%	48.4%	
POST							
	42	5	-	2	16	65	130
	32.3%	3.8%	-	1.53%	12.3%	50%	

Posteriormente se realizó el análisis inferencial el cual tuvo como objetivo conocer si hubo diferencias en la ansiedad y la depresión antes y después del programa de Intervención Grupal con Padres de Deficientes Mentales en el Marco Institucional.

Se utilizó la prueba T de Wilcoxon para este análisis por ser la más adecuada al tamaño de la muestra.

Se encontró que en la prueba de ansiedad, tanto en ansiedad estado ($z = -0.50$; $p = 0.61$) como en ansiedad rasgo ($z = -1.37$; $p = 0.16$) no hubieron diferencias estadísticamente significativas en el pre-test y post-test.

Finalmente en la prueba de depresión tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas antes y después ($z = -1.77$; $p = 0.07$). Cabe señalar que se tiene un efecto marginal en dicha probabilidad.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Los resultados que se encontraron muestran que los sujetos del grupo cuentan con la capacidad para percibir en forma adecuada el estímulo presentado. Sin embargo se encontró la existencia de zonas de conflicto que pudieran responder a mecanismos neuróticos de negación o evitación (Grassano de Piccolo, 1977). Estas zonas de conflicto no permiten la adscripción de significados emocionales y relacionales adecuada. Se encontró que el grupo tuvo una alta tendencia a la omisión de este tipo de significados. Aunque se pudo observar que cuando los sujetos dan significados emocionales y relacionales, tienden a hacerlo en forma adecuada. Se puede considerar que el hecho de encontrar omisión y con esto zonas de conflicto en los puntos anteriores, lleva a los sujetos a elaborar historias arbitrarias y raras.

En resumen, podría decirse que en la Capacidad de Discriminación existe un Juicio de Realidad que no es del todo adecuado, porque el clima emocional que se adscribe se ve perturbado, lo que se relaciona al Sentido de Realidad.

Ejemplo. Lámina 4(B3) "la sombra de dos enamorados que se están despidiendo porque ella va a entrar a su casa" (sujeto 08)
Otro ejemplo es Lámina 11(C2) "es un cuarto, una recámara, se cree que esta un poco desordenada y una persona mujer, femenina, contemplando esa cama... probablemente esperando en la cama, tal vez no llegó el esposo por el desorden que hay. Se ve que espera algo de esta casa o a alguien pero no llegó" (sujeto 02) (ambos ejemplos)

corresponden al Pre. test)

En lo que se refiere al manejo de grupo es importante considerar en esta área, que en el post-test los sujetos pudieron dar un mayor número de respuestas con significados emocionales.

Ejemplo 1.- Lámina 1(A1) (sujeto O6) Pre test, "es un hombre solitario que esta viendo a otras personas que estan sentadas y unicamente los esta observando". Post test, " es la figura de un hombre contemplando a una mujer, que tiene un niño en brazos. Quiero imaginar que la está observando... Como una indígena que está ahí con su hijo en brazosy le faltan recursos económicos"

Ejemplo 2.- Lámina 4(B3) (sujeto O1) Pre test, "se ve que una pareja esta bailando y de ahí platicando que si le gusta esa música, que ella no sabia bailar bien, pero la otra persona de lo contrario si sabia y pues ella aprende". Post test, "pues aquí veo dos personas... no se si se distingue hombre o mujer, o dos hombres y dos mujeres, pero parece que si es una pareja.....que se miran con mucho cariño, o mucha ternura y mucho amor".

Dentro del área de Pensamiento Simbólico, se vió que los sujetos predominantemente utilizaron la síntesis y el análisis como medio de defensa para no verse comprometidos emocionalmente.

Siendo la lámina un representante de la realidad externa y a la vez capaz de actuar como mediador de la realidad interna sin ser confundido con alguna de las dos, se observó que la mayor parte de las respuestas no reflejaron el estímulo como símbolo entre lo interno y lo externo aunque ciertamente se tuvo cierta posibilidad de manejarlas simbólicamente pero con menor frecuencia.

En las historias aunque se percibe bien la situación global no se explicitan roles, ni el interjuego de relaciones, ni los pasos en las resoluciones del conflicto. Es necesario señalar que en la mayoría de las láminas se creó una sola historia, lo cual permite decir que hay capacidad de síntesis pero hay que hacer notar que estas historias eran en su gran mayoría verbalizaciones detalladas sin afectos. Respecto a ésto se notó que en la segunda aplicación del test las respuestas de los sujetos presentaron una mejoría en el manejo de los afectos.

Ejemplo Lámina 5(BG) (sujeto O) 1 Pre test, "no le veo forma, ¿que será?...parecen figuras humanas pero muy lejos ó en niebla como que está una nube tremenda y no se alcanza a ver que hacen o qué... se cree que están bajo un árbol pero están en círculo o más. No le veo que están haciendo"0. Post test "veo puras sombras, me imagino...pues ...un grupo de personas...¿que estarán haciendo?...no sé, veo un árbol quizá hayan salido al paque con los hijos, quizá a convivir un rato, puesto que esto sirve para relajar mucho de las tensiones de casa. Para mi, pues me gusta ir al campo, quizá por eso estoy imaginando que estan en el campo. Siento que es eso bonito, respirar

aire fresco, de humedad. Ahorita que el tiempo amerita que este rico, siento que es un momento bonito de disfrutar la naturaleza".

También se pudo observar que en los sujetos se reduce la capacidad de abstraer en lo referente a rasgos humanos como pensamientos, acciones y principalmente sentimientos y al no poder abstraerlos hace que sus relatos se empobrezcan. No obstante en el post-test se encontró que los sujetos incrementaron sus historias con relatos desarrollados y con personajes con capacidad de sentir, pensar y actuar.

En base al Pensamiento Simbólico se corroboró nuevamente que los entrevistados, por los resultados obtenidos no pudieron tomar a los objetos de la lámina como continentes para proyectar y desplazar sus vínculos internos y la producción de relatos escuetos, formales y con poco o nulo compromiso emocional alcanzaron un alto puntaje, presentándose mejoría de esta capacidad en el post-test. Se podría pensar que como consecuencia de esta incapacidad los sujetos pudieron mantener la distancia emocional entre la lámina como representante simbólico y el yo u objetos cercanos. Más se considera que no existe realmente esta capacidad sino que hay un bloqueo en las emociones.

Se considera que durante el manejo del grupo hubo movilización de emociones ya que en el post-test se reportaron respuestas con incremento de identificación, con cierta confusión con el yo y los objetos cercanos y un caso de reacciones emocionales abruptas y desajustadas.

Se podría decir que el grupo se caracterizó por tener una pobre capacidad de Pensamiento Simbólico ya que fue poca la posibilidad de entender el test como objeto representante de la realidad externa y a la vez capaz de actuar como mediador de la realidad interna sin confundirse con ninguna de las dos. Así mismo la capacidad de síntesis y análisis se utilizó como defensa para evitar el contacto con las emociones. En la abstracción hubo dificultad para abstraer rasgos humanos como son las emociones y el establecer con ellos vínculos con los demás, por lo que fracasan en la noción de causalidad emocional.

Como punto final se pudo observar de manera importante como los sujetos niegan esa parte interna de conflicto, no planteando conflictos en sus historias sino sólo pantallazos. Así también los personajes de las historias fueron creados con poco grado de humanización, sin que tuvieran la posibilidad de reflexionar sobre sus conductas. Nuevamente se pudo observar que en el post-test se mejoró ligeramente la calidad de las historias, aumentando el número de ellas en donde se planteaba una situación de conflicto emocional y causalidad adecuada, donde había elaboración y surgían las emociones.

Ejemplo 1.- Lámina 6(B1) (sujeto 05) Pre test, "esta es una recámara muy sombría, muy fría, oscura y triste, muy triste y hay un adulto que va hacia ella" Post test, "este es un señor que llega a ver a un

familiar enfermo, viene preocupado, un poco cansado. A este familiar no lo ve con frecuencia. Y creo que esta muy alejado de mucha gente, el familiar que esta aqui enfermo"

Ejemplo 2.- Lámina 1(A1) (sujeto 01) Pre test, "esta en la obscuridad, no puede ver nada. Por eso no se mueve". Post test "Un hombre, yo lo veo que esta pensando. Va pensando en sus cosas, sus problemas de su casa más que nada. Esta persona tiene problemas en su casa con su familia, van a ver que es del dinero pues tiene muchos gastos. Busca la manera de salir de eso, más bien que el dinero que el gana no le alcanza y va pensando como hacerle para que le rinda el dinero para el y para su familia. En eso va pensando esta persona".

Al presentar a los sujetos las láminas se les ofreció la posibilidad de externalizar sus conflictos y apelar posteriormente a los recursos reparatorios con los que cuentan. En este caso se pudo observar que los sujetos fueron capaces de crear historias unicamente como objetos disociados, fracasando en la integración de pensar, sentir o actuar; o fracasando en la inclusión del pasado, presente y futuro. Aunque en el post-test lograron crear un número mayor de historias como objeto completo relacionado con el estímulo, con discriminación de partes temporales y discriminación de roles. La historia misma resultó ser la evidencia de lo que los sujetos fueron capaces de crear y recrear dentro de sí. (Grassano de Piccolo 1977).

Ejemplo 1.- Lámina 9(B2) (sujeto 06) Pre test, "Una noche oscura, solitaria y una pareja que se encuentra platicando" Post test, "Es una tarde soleada y hay dos niños, uno joven. Dos niños que se estan cubriendo del sol. Platicando.... del juego de canicas que tuvieron.

Ejemplo 2.- Lámina 9(B2) (sujeto 08) Pre test, "Una pareja joven bajo un árbol que esta en una hacienda rodeada de árboles, contemplando la luna una pareja romantica" Post test, " Es un edificio ubicado frente a un parque y ahí se ven un par de enamorados que estan haciendo planes de como va a ser su casa cuando se casen, en donde van a vivir, estan planeando cambiarse al edificio".

El clima emocional en el que se desarrollan las historias nos da una idea del clima emocional interno, la capacidad de amor, el reconocimiento de la dependencia y la necesidad de otros, la preocupación por el daño que la agresión puede provocar a los objetos queridos al clima inherente al proceso reparatorio. En este caso el grupo mostró con más alto puntaje la ausencia de afectos. Sin embargo mostraron con sus puntajes que existe la posibilidad de un proceso reparatorio, aumentando esta en el post-test. De manera global dentro de la Capacidad de Insight y Elaboración se podría pensar que hay dificultad en el insight debido a que los objetos se encuentran disociados, nulificando así las emociones. Al existir la ligera posibilidad de reparar se considera importante el hecho de haber

tratado de movilizar los afectos que están siendo negados.

Ejemplo 1.- Lámina 13 Blanca. (sujeto 02) Pre test "Me gustaria ver como mi hija se mejora. Ojalá Dios quiera, pues mucha gente nos esta ayudando. O seria el conjunto de personas donde la tengo, ahí reunidas tratando de ayudarla, tanto niños como adultos ya que necesita de los demás. Algún grupo de personas todas dispuestas a ayudar o cooperar. Para mi es eso". Post test " Imagino que todo lo que hacemos y todo lo que esta a nuestro alcance, lo tenemos que hacer con entusiasmo, con ganas, porque por poquito que llegemos a alcanzar o a avanzar ya es ganancia. Y pues siempre he pensado que entre muchos que nos vamos a unir es mejor que uno solo, pues la carga es más ligera entre varios... "

Ejemplo 2. Lámina 13 Blanca. (sujeto 08) Pre test, "Una mente en blanco, no se puede interpretar, se cambio la hoja y se quedo en blanco". Post test " Nada, esta en blanco. Esto es algo que esta vacío no tiene una historia, no tiene ni principio ni fin. Un bebé sonriendo porque va a hacer una travesura, se pinto la cara y se esta riendo de la travesura que acaba de hacer y mamá también se esta riendo"

Ejemplo 3. Lámina 13 Blanca. (sujeto 05) Pre test, " Ahí no hay nada, no veo nada. Podria imaginarme flores ahorita que esta la primavera, muchas mariposas, mucho pasto y ya ". Post test, "Esta es la más difícil. Esta representa la soledad, la tristeza, emociones desagradables. Puerta abierta para un futuro bueno"

Ejemplo 4. Lámina 13 Blanca. (sujeto 01) Pre test, "Me imagino a mi mamá, mi hija y yo, llenando de la mano, caminando hacia el parque para subir a la niña en los juegos, mamá sentada en el pasto, la niña subiendose a uno y otro juego. Ya cansadas ir con mamá a que nos diera de comer lo que llevamos. Comer y luego reposar la comida e irnos a la casa. Bañar a la niña y todas listas para acostarnos". Post test "Yo me imagino..... a Gisela, y yo llevándola de la mano, llevándola a la escuela para que ahí le enseñen y pueda ser como otros niños, no normal pero que se defienda, y yo feliz porque la llevo a la escuela, pues que más puedo pensar, más que eso".

Retomando los resultados obtenidos se encontró que en el análisis estadístico del test de ansiedad (IDARE) no se pudo comprobar que el trabajo de grupo provocara un cambio estadísticamente significativo. Sin embargo en la prueba de Depresión (ZUNG) se obtuvo un resultado que muestra un efecto marginal en la probabilidad, por lo que podríamos pensar que esta investigación alienta a la realización de otras más profundas.

Discusión y Conclusiones.

La oportunidad de haber podido experimentar un trabajo grupal en el que se tocaran aspectos de gran intensidad emocional nos lleva a hacer una reflexión en cuanto a lo mesurable que pueden resultar los cambios internos de las personas. Cuando se utilizan instrumentos que arrojan friamente una cifra para poder obtener un resultado perdemos de vista una serie de aspectos que no pueden ser tratados a nivel cuantitativo sino únicamente a nivel cualitativo para poder aprovechar todos y cada uno de los datos que pueden ser muy enriquecedores. Tal es el caso del presente trabajo en donde haciendo un análisis de los resultados encontramos por un lado que los resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas de IDARE y ZUNG por ser más objetivas permiten, cuantificar los resultados y propiciar proyectos con mayor rigor científico. Y por otro lado el haber aplicado pruebas proyectivas que no nos pueden brindar resultados numéricos, y que obligan a la utilización de un análisis cualitativo nos lleva a rescatar la esencia de lo interno. Este análisis requiere de todo un caudal de observaciones de las conductas y experiencias durante los trabajos vivenciales y las respuestas a los estímulos de las láminas presentadas, de las personas con quienes se trabajo. Estas observaciones requieren ver a la persona en forma integral ya no como un sujeto más dentro de una investigación, sino como un ser humano que es diferente a los demás, que tiene sus propias experiencias y su propia historia.

En base a las hipótesis de trabajo planteadas, se encontró que el nivel de ansiedad en este grupo de padres no reportó ningún cambio significativo después de la intervención grupal, sino que únicamente se percibió una oscilación en el puntaje que se mantuvo dentro del rango de término medio. Se atribuye este resultado a que los puntajes obtenidos no mostraron desde un inicio un nivel alto de ansiedad como teóricamente se esperaba por lo que los cambios no pudieron ser muy notables. Por otra parte, se considera que la prueba IDARE no estaba directamente enfocada a la problemática específica del grupo, como para reflejar índices más precisos.

En relación a la segunda hipótesis se puede decir que sucedió algo similar a la anterior ya que la prueba de ZUNG resultó ser global y poco específica para esta población. Los resultados señalan que los sujetos se encontraban con un nivel de depresión correspondiente a un rango de rasgos caracterológicos (40-50) los cuales deben tratarse a un nivel más profundo para poder obtener cambios evidentes. Mas sin embargo el haber encontrado un efecto marginal llevó a analizar la posibilidad de cambio en algunos de los sujetos, encontrando que hubo algunos de ellos que en el pre-test se ubicaron en el rango de reacción de ajuste (50-60) Y posteriormente al trabajo de grupo se obtuvieron cambios aunque estos no fueron en la misma dirección. Es

decir, uno bajo al rango de rasgos caracterológicos, otro más bajo al rango de depresión nula y por último uno subió al rango de depresión media.

Dado que no fue una investigación en el sentido estricto en cuanto a tener grupo de control y grupo experimental y no contar con los instrumentos adecuados a la problemática específica del grupo, por haber tenido la necesidad de adecuarse a los requerimientos de la institución y exigencias de tiempo, no se puede asegurar que la intervención grupal haya sido el factor del cambio marginal.

En lo que se refiere a la tercera hipótesis a través del análisis cualitativo se encontraron importantes diferencias en el tipo de relación objetal que los padres reflejaron durante las dos aplicaciones. Siendo la prueba de relaciones objetales una prueba proyectiva su valor radica en su enfoque molar acerca de la personalidad. Y al interpretar los resultados es importante cualquier pauta de conducta que se refiera a estas relaciones. Las respuestas adquirieron significado en parte por su relación con el resto de las respuestas y en parte porque tuvieron relación con otras respuestas semejantes a otras situaciones. De esta manera, la repetición por sí sola y cualquier pauta encontrada dentro de las respuestas a la prueba, dió el criterio de confiabilidad (y por ende de validez) de las respuestas de los individuos, sin consideración alguna de las puntuaciones medias de la población. Las respuestas de un individuo ante un estímulo pueden considerarse interpretables porque son psicológicamente significativas, dándose así la validez interna de la prueba.

El resultado de este análisis cualitativo mostró que en las tres áreas estudiadas hubo diferencias en el contenido de las historias, principalmente en la capacidad de pensamiento simbólico/abstracto y en la capacidad de insight y elaboración, lo que pudiera indicar que se dieron algunos cambios en la forma de relacionarse con los objetos. En este grupo de padres predominaron elementos defensivos representados por mecanismos de negación y evitación que coincidieron con las características ya mencionadas en los padres de hijos deficientes mentales. Estos padres se encontraron con tal conflicto emocional que les impidió el contacto y fluidez con sus afectos y emociones. Aunque contaron con la capacidad de ver el estímulo adecuadamente, el manejo del clima emocional se vió perturbado y bloqueado, durante la primera aplicación. Difícilmente pudieron ver a un individuo completo que tuviera la capacidad de pensar, actuar y sentir, de ahí la imposibilidad de establecer vínculos emocionales o de establecerlos débilmente. No obstante ante la carencia de afectos, se dió la posibilidad de intentar el reparar internamente aquello que ocupara la sensación de vacío, de repulsa, quizá daño. Y frente a esta opción fue importante dar entrada al reconocimiento de dolor y amor humano.

Si bien la intervención terapéutica no provocó cambios

sobresalientes, resultó satisfactorio conocer que el trabajo de grupo permitió movilizar dentro de cada individuo sentimientos, afectos y emociones, ya que el contenido de sus historias se enriqueció, y dieron en la segunda aplicación elementos en donde existían vínculos emocionales. Descriptivamente pudo apreciarse que los significados emocionales mostraron mejoría al dar reconocimiento a las cualidades humanas de manera integral.

Se considera que las técnicas aplicadas fueron instrumentos primordiales en estos cambios descritos. Sin lugar a duda el proceso grupal funcionó como facilitador para el rompimiento de defensas, que impedían estar en contacto con toda una gama de emociones y al suceder ésto fue posible que algunos de ellos pudieran manifestar cambios en los niveles de depresión.

Al relacionar los instrumentos empleados se puede pensar que el bloqueo emocional que se percibió en estos padres inicialmente podría estar influenciando los niveles de ansiedad y depresión. Esto se puede afirmar en base a que los sujetos que lograron cambios en el modo de relación objetal, obtuvieron cambios en lo referente a la ansiedad y la depresión aunque en diferentes direcciones en estos dos últimos, mientras que los sujetos que no reportaron cambio alguno en la prueba de relaciones objetales tampoco mostraron cambio en la depresión, ni cambio en ansiedad rasgo.

LIMITACIONES.

Consideramos que las limitaciones con las que nos encontramos fueron en términos generales las siguientes:

- a) No haber contado con las pruebas que estuvieran enfocadas a medir la depresión y la ansiedad de esta población en forma específica.
- b) No haber tenido la oportunidad de contar con grupos control, que pudieran dar mayor solidez a los resultados de la investigación.
- c) No haber tenido la posibilidad de hacer una selección de estos padres en cuanto a edad, nivel de estudios, edad del hijo con D.M. y no haber logrado grupos más homogéneos.

SUGERENCIAS Y COMENTARIOS.

Concluir en estos términos nos ha servido de base para ahora, dirigirnos a aquellos que dentro de la rama clínica buscan profundizar por el camino de la intervención terapéutica y no tan solo al de la investigación.

Esta investigación puede servir de base para estudios más específicos en cada una de las diferentes áreas tratadas como ansiedad, depresión o en relaciones objetales para un abordaje terapéutico.

Esperamos que fuera posible realizar estudios más específicos y controlados utilizando los instrumentos avocados a la problemática y población particular y cuyos resultados nos permitan aplicar como clínicos, los métodos óptimos con la seguridad de cubrir sus necesidades prioritarias. Que profesionales afines participen de manera conjunta e integral en apoyo a estos sectores pues ahora nos es posible dar a conocer que al menos en este grupo de padres de hijos deficientes mentales se dieron fuerzas contrapuestas y emociones silenciadas que merecen una apertura al mundo y llegar a experimentar en sí mismos que como seres humanos es doble la transformación.

Queremos compartir con ustedes que el haber realizado este estudio nos hizo vivenciar la potencialidad que la psicología clínica nos brinda para servir a la comunidad, así mismo nos hizo establecer el compromiso de trabajo y de superación para bienestar de aquellos que estén en búsqueda de un mayor equilibrio emocional.

APENDICE I
P R O G R A M A .

DELEGACION No. 4 DEL VALLE DE MEXICO "HOSPITAL PSIQUIATRICO NIÑOS HEROES" U.M.F.H. No 10 CONSULTA EXTERNA DE PSICOLOGIA TURNO VESPERTINO.

Lo invita cordialmente a la inauguración del programa:

"GRUPO DE ENCUENTRO Y SENSIBILIZACION PARA PADRES Y FAMILIARES DE NIÑOS ADOLESCENTE Y ADULTOS CON DEFICIENCIA MENTAL"

México D.F. 24 de Marzo de 1988.

INVITADOS DE HONOR

- DR. Juan José Capetillo Robles Gil.
Director General del "Hospital Psiquiátrico "Niños Héroes" U.M.F. No. 10.
- DR. Ismael Rueda Puga.
Subdirector del "Hospital Psiquiátrico "Niños Héroes" U.M.F. No.10
- DR. Juan Luis Calzada Silva.
Jefe del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Turno Vespertino del "Hospital Psiquiátrico" Niños Héroes" U.M.F. No 10

INVITADOS ESPECIALES

- DRA. Ana Maria Latapi de Escobar.
Directora General de la Confederación Mexicana de Asociaciones en en Pro del Deficiente Mental A.C.
- Sra. Luz Maria Saldaña de Vidal.
Coordinadora del Centro de Información de la C.M.D.A.P.D.M.
- Sra. Rebeca Zavala.
Responsable del Centro de Información de la C.M.D.A.P.D.M.

24 de Marzo de 1988.

- 18:00 hrs. - Inauguración
 - "Importancia del abordaje Institucional del Deficiente Mental y su familia".
 Dr. Juan Luis Calzada Silva.
- ¿Qué es la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental?
 Dra. Ana Maria Latapi de E.
- Vivencia de Integración.
 Psic. Guadalupe Trueba Franco.

7 de Abril de 1988.

- 18:00 hrs. - Etiología de la Deficiencia Mental.
 Dr. Miguel Angel Zamora.
- Privación Psicosocial.
 Psic. Ma. de Lourdes Martínez Montes.
- Vivencia
 Psic. Gabriela Martínez Reyes.

14 de Abril de 1988.

- 18:00 hrs. - Impacto emocional que vive la familia ante el diagnóstico de Deficiencia Mental.
 Dra. Ana Maria Latapi de Escobar.
- Vivencia.
 Psic. Maria de Lourdes Martínez Montes.

21 de Abril de 1988.

- 18:00 hrs. - Lineamientos para el Diagnóstico Diferencial y Precoz de la Deficiencia Mental. (criterios médico, social y psicológico).
 Dra. Maria Teresa Esquivel
- Vivencia.
 Psic. Emma Moreno Contreras.

24 de Marzo de 1988.

- 18:00 hrs. - Inaguración
 - "Importancia del abordaje Institucional del Deficiente Mental y su familia".
 Dr. Juan Luis Calzada Silva.
- ¿Qué es la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental?
 Dra. Ana Maria Latapi de E.
- Vivencia de Integración.
 Psic. Guadalupe Trueba Franco.

7 de Abril de 1988.

- 18:00 hrs. - Etiología de la Deficiencia Mental.
 Dr. Miguel Angel Zamora.
- Privación Psicosocial.
 Psic. Ma. de Lourdes Martínez Montes.
- Vivencia
 Psic. Gabriela Martínez Reyes.

14 de Abril de 1988.

- 18:00 hrs. - Impacto emocional que vive la familia ante el diagnóstico de Deficiencia Mental.
 Dra. Ana María Latapi de Escobar.
- Vivencia.
 Psic. Maria de Lourdes Martínez Montes.

21 de Abril de 1988.

- 18:00 hrs. - Lineamientos para el Diagnóstico Diferencial y Precoz de la Deficiencia Mental. (criterios médico, social y psicológico).
 Dra. Maria Teresa Esquivel
- Vivencia.
 Psic. Emma Moreno Contreras.

28 de Abril de 1988.

- 18:00 hrs. - Importancia del Manejo Interdisciplinario del D.M.
 a) Manejo Psicofarmacológico.
 Dr. Gabriel Remes de la Cabada.
 b) Manejo Psicopedagógico.
 Psic. Gabriela Martínez Reyes.
- Vivencia
 Psic. Guadalupe Trueba Franco.

12 de Mayo 1988.

- 18:00 - Incidencia de la D.M. en México y sus Repercusiones Sociales cuando no es detectada oportunamente ni manejada en forma adecuada.
 T.S. Soledad R. Rodríguez Barzalobre.
 Psic. Guadalupe Trueba Franco.
- Vivencia
 Psic. Gabriela Martínez Reyes.

19 de Mayo de 1988.

- 18:00 hrs. - Importancia de la Estimulación Temprana Integral
 Dra. Alicia de la Peña.
 Especialista de la C.M.A.P.D.M.
- Vivencia.
 Psic. María de Lourdes Martínez Montes.

26 de Mayo de 1988

- 18:00 hrs. - Incapacidad Jurídica del los D.M. en el Derecho Mexicano.
 Dr. Mario Castillo García.
- Vivencia.
 Psic. y T.F.I. Lizzette Terrazas Salgado.

2 de Junio de 1988.

- 18:00 hrs. - La Importancia del Manejo Adecuado de la Psicosexualidad en el D.M.
 Dr. Roberto de la Fuente.

- Vivencia.
Psic. y T.F.I. Lizzette Terrazas Salgado.

9 de Junio de 1988.

- 18:00 hrs. - Alternativas Laborales y Posibilidades Educativas del D.M. Especialistas de la C.M.A.P.D.M.
- Vivencia
Psic. Emma Moreno Contreras.

16 de Junio de 1988.

- 18:00 hrs. - Importancia de las Actividades Recreativas, Deportivas y Artísticas en el D.M. Sra Cárdenas Fernández.
- Vivencia.
Psic. y T.F.I. Lizzette Terrazas Salgado.

23 de Junio de 1988.

- 18:00 hrs. - Presentación del Caso de Adriana Hans Cárdenas
- Vivencia
Psic. Maria de Lourdes Martínez Montes.

30 de Junio de 1988.

- 18:00 hrs. - Evaluación Final
- Clausura.

" Considera como objeto, el otro no pasa de serme indiferente... su desaparición o su ausencia no me son irreparables. Una PERSONA no me es, NO PUEDE SERME INDIFERENTE. Tan pronto me abro a ella, su existencia me llega al corazón; tan pronto como la he tratado, como tal persona, su pérdida tenga en la ruptura o en la muerte su causa, es para mí, literalmente IRREPARABLE".

P. Laing.

A P E N D I C E II.

Las actividades del grupo se dividieron en dos áreas, una de información , otra vivencial.

Las personas invitadas a participar en las pláticas del área de información fueron psiquiatras, psicólogas y trabajadora social del mismo servicio; y padres o profesionistas de la Confereración Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental.

Los temas que se trataron se presentan a continuación:

- 1.- Importancia del abordaje institucional del deficiente mental y su familia
- 2.- Etiología de la deficiencia mental.
- 3.- Impacto emocional que vive la familia ante el diagnóstico de deficiencia mental.
- 4.- Lineamientos para el diagnóstico diferencial y precoz de la deficiencia mental.
- 5.- Importancia del manejo interdisciplinario del deficiente mental.
- 6.- Incidencia de la deficiencia mental en México y sus repercusiones sociales cuando no son detectados oportunamente ni manejados en forma adecuada.
- 7.- Importancia de la estimulación temprana integral.
- 8.- Incapacidad jurídica de los deficientes mentales en el derecho mexicano.
- 9.- Importancia del manejo adecuado de la psicosexualidad en el deficiente mental.
- 10.- Alternativas laborales y posibilidades educativas del deficiente mental.
- 11.- Importancia de las actividades recreativas, deportivas y artísticas en el deficiente mental.
- 12.- Presentación del caso de " Adriana " .

BIBLIOGRAFIA .

1. ACEVEDO , I. A., 1982. "Aprender Jugando: 60 dinámicas vivenciales", México. ed. México Acevedo y Asociados. tomo 1.
2. AJURIAGUERRA, J., Manual de Psiquiatría Infantil, Barcelona ed. Masson, 4a. edición.
3. ANDERSON, C. M. y Griffin, S. junio 1986. "A Comparative Study of the Impact of Education vs Process Group for Families of Patients with Affective Disorders" Family Process, vol 25 .
4. BEAVERS, J., Hampson, R., 1986 . "Coping in Families with Retarded Child" Family Process, vol 25 pag 365-378.
5. BELLAK, L., 1979 "El Uso Clínico de las Pruebas Psicológicas del T.A.T., C.A.T. y S.A.T. Ed. El Manual Moderno.
6. BERNSTEIN, D. A. y Berkovec, T. D., "1983 Entrenamiento en Relajación Progresiva", 5a. ed. Ed. Desclee de Brouwer S.A.
7. CALDERON, N. G., 1984 Depresión. Causas, Manifestaciones y Tratamiento. Editorial Trillas.
8. CUELI, J. R. L., 1972. Teorías de la Personalidad. Editorial Trillas. Décima .
9. DEL RIO, R. E. "Importancia de la Calidad de las Relaciones Parentales con el Niño Síndrome Down. UNAM 1987. Mex.
10. DIAZ G. R." Inventario de la Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE), versión en Español del STAI (State Trait - Anxiety Inventory). Ed. El Manual Moderno. 1975.
11. GONZALEZ N. J. de J., 1978. Dinámica de Grupos Técnicas y Tácticas. México Ed. Concepto.
12. GRASSANO, de P.E., 1977. Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas. Buenos Aires Ediciones Nueva Visión. Colección Psicología Contemporánea.
13. HOFLING, CH.K., 1968. Tratado de Psiquiatría. México. Interamericana, 2a. ed.
14. HUTT, M. y Gwyn, R., 1979. Los Niños con Retardos Mentales. México. Editorial Fondo de Cultura Económica.
15. KERLINGER, F. N., 1981. Investigación del Comportamiento Técnicas y Metodología. México Ed. Interamericana.
16. KERNBERG, O., 1977 La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico. Argentina. Editorial Paidós.
17. KLEIN, M., 1983 Obras Completas. Tomo III Desarrollos en Psicoanálisis. Argentina. Editorial Paidós.
18. KLEIN, M., y Riviere, J., 1987. Amor, odio y reparación. Argentina Ed. Horme.
19. KOLB, L. y Noyes, A., 1969. Psiquiatría Clínica Moderna. México Editorial Prensa Mexicana.
20. MANNONI, M., 1987 El Niño Retardado y su Madre. Argentina Editorial Paidós.
21. McCANDLESS, B.R., 1981. Conducta y Desarrollo del Niño. Ed. Interamericana. 3a. edición .

22. MELE, Pérez M. Sara. 1988. "Programa de Formación para Padres de Hijos con Deficiencia Mental". México Facultad de Psicología UNAM.
23. MICHACA, P., 1986. Desarrollo de la Personalidad. Teorías de las Relaciones de Objeto. México. Editorial Pax.
24. PALMA, H.G. M. 1986. "Manual de Orientación Terapéutica para Padres de Niños que Presentan Retardo en el Desarrollo". México. Facultad de Psicología. UNAM.
26. PARKER, T., HILL J., 1987. "Multiple Family Therapy: Evaluating a Group Experience for Mentally Retarded Adolescent and Their Family". Family Therapy vol XIV, Num. 1,
27. PATIÑO, J.L., 1980. Psiquiatría Clínica, México. Salvat Mex. de Ediciones.
28. PEAK, S., LOPEZ, A.L. 1979. Como Investigar en Ciencias Sociales. México. Tercera edición. Segunda reimpresión enero 1988.
29. PHILLIPSON, H. 1981. Test de Relaciones Objetales. España. Editorial Paidós. 1a reimpresión.
30. PICHOT, P. 1980. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R, España. Ed Masson. p.32-45.
31. POLLNER, M., McDONALD-WIKLER, L. 1985. "The Social Construction of unreality: A case Study of a Family's Attribution of Competence to a Severely Retarded Child". Family Process 24:2.
32. RAMIREZ, J. A. T., 1987. Psicodrama, Teoría y Práctica. México Ed. Diana 1a. ed. Ed.
33. ROBLES, de F.T. y colab. 1987. El Enfermo Crónico y su Familia. Propuestas Terapéuticas. México. Colección Construcciones. Editorial Nuevaomar.
34. ROGERS, C., 1970. Grupo de Encuentro. Buenos Aires. Editorial Amorrortu editores. 6a. reimpresión.
35. SALAMA, H., 1988. El Enfoque Gestalt. Una Psicoterapia Humanista. México. Editorial Manual Moderno.
36. SEGAL, H., 1989. Introducción a la Obra de Melanie Klein. Buenos Aires Editorial Paidós. 4a. reimpresión en México.
37. SIEGEL, S. 1985. Estadística no Paramétrica Aplicada a las Ciencias de la Conducta. México. Editorial Trillas.
38. SPITZ, R., 1969. El Primer Año de Vida del Niño. México. Editorial Fondo de Cultura Económica. 12a. reimpresión 1990.
39. WOLBERG, L., 1967 The Technique of Psychotherapy. New York Grune and Stratton.
40. YALOM, I. 1986. Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo. México. Editorial Fondo de Cultura Económica.
41. ZUNG, W.K. William. "La Medición de la Depresión".