



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**APOYO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL A PADRES DE FAMILIA QUE  
TIENEN HIJOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES**

PRESENTA:

**MANDUJANO LÓPEZ, MARÍA IDALIA**

ASESOR: MARTÍNEZ MONTES DE OCA, GEORGINA

MÉXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	6
1.- OBJETIVO	8
<b>CAPÍTULO I: ENFOQUES TERAPÉUTICOS</b>	9
I.1.- INTRODUCCIÓN	9
I.2.- "TERAPIA DE GRUPO ANALÍTICA" DE S. H. FOULKES	13
I.3.- TEORÍA DE WILFRED BION "DESARROLLO DE LOS GRUPOS"	21
I.4.- TERAPIAS DE ENCUENTRO EN PSICOTERAPIA DE GRUPO	24
I.5.- TEORÍA DE SISTEMAS	25
<b>CAPÍTULO II: EDUCACIÓN ESPECIAL</b>	37
II.1.- INTRODUCCIÓN	37
II.2.- HISTORIA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL	38
II.3.- DISCAPACIDAD INTELECTUAL	43
<b>CAPÍTULO III: CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES QUE TIENEN UN HIJO (A) CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL</b>	51
III.1.- ESTUDIOS ACTUALES SOBRE GRUPOS DE PADRES CON UN HIJO (A) CON DISCAPACIDAD	60

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo (excepcional).

NOMBRE: Maryjane López  
Ma. Scalia

FECHA: 18-Junio-2004

FIRMA: Maryjane

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

<b>CAPÍTULO IV: METOLOGÍA</b>	67
<i>IV.1.- PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	67
<i>IV.2.- OBJETIVO</i>	67
<i>IV.3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	68
<i>IV.4.- DISEÑO DEL TRABAJO GRUPAL</i>	68
<i>IV.4.1.- SUJETOS</i>	68
<i>IV.4.2.- PROCEDIMIENTOS</i>	68
<i>IV.4.3.- INSTRUMENTO</i>	69
<i>IV.4.4.- ANÁLISIS DE RESULTADOS</i>	69
<i>IV.4.5.- PROCESO TERAPEUTICO</i>	70
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS</b>	94
<i>V.1.- DISCUSIÓN</i>	102
<i>V.2.- CONCLUSIONES</i>	105
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>ANEXOS</b>	
A.1.- GRÁFICAS	
TABLA 1	
A.2.- ENTREVISTAS INICIALES	
A.3.- ENTREVISTAS FINALES	

Con todo mi amor y agradecimiento

A mí esposo César:  
Por todo el amor y apoyo que me ha brindado.

A mis hijos:

Yosafat y Jonathan  
Por su paciencia y apoyo

Al recuerdo de mis padres:

Susana (+) y Víctor Manuel (+)  
Por el ejemplo de tenacidad que me legaron

A mis hermanos:

Juan Carlos, Ma. Victoria y Héctor ( +)  
Por ser tan especiales en mí vida

A mis tías:

Epifania y Flavia (+)  
Por todo su cuidado y apoyo que me brindaron

A mis amigos:

Gerardo, Lupita, Reina, Rocío y Lety Tafoya  
Por siempre estar ahí y fortalecerme

A Luz María Rocha:  
Por su ayuda en mi formación profesional

A todos ellos.....Gracias **Idalia**

## RESUMEN

Este trabajo es la aplicación de la Terapia Analítica de Foulkes a un grupo de padres, con el objetivo de mejorar la relación con sus hijos con discapacidad intelectual, aceptando ésta sin culpa, aprendiendo a relacionarse con su ámbito social. Se realizó en doce sesiones grupales con ocho padres que tienen un hijo(a) con discapacidad intelectual, fue un espacio de discusión, y apoyo. Este método es un tratamiento que reconoce y utiliza la naturaleza social del ser humano, propicia la comunicación a nivel consciente para poder relacionarse sanamente en todos los grupos. Se hace referencia a la historia de la discapacidad intelectual, desde la concepción del término hasta la nueva definición de retraso mental de la AAMR, que pone más énfasis a las habilidades adaptativas, que les permitirá su incorporación a la sociedad. Es importante reconocer las características de este grupo de padres y los sentimientos por los que atraviesan desde negación, agresión, culpa; ya que la dinámica familiar sufre alteraciones en sus roles, comunicación y expresión de afectos. Finalmente este trabajo derivó una serie de cambios: modificación de sentimientos de culpa, cambio de expectativas respecto a su hijo(a), disminución del aislamiento social. El grupo pasó por una serie de etapas, centrando en el terapeuta en las primeras sesiones todas sus esperanzas. La etapa intermedia fue de intensas emociones, rivalizando entre sí en sus temáticas, llegando a interesarse en hablar de ellos mismos como personas, logrando el cierre con gran duelo. Estas etapas son similares a las descritas por Foulkes.

## INTRODUCCIÓN

*"No nací marcado para ser un profesor (psicoterapeuta). me he ido haciendo de esta manera en el cuerpo de las transformaciones, en la reflexión sobre la acción, en la observación a través de otras prácticas o de la práctica de otros sujetos. En la lectura persistente y crítica de textos teóricos, no importa si estaba o no de acuerdo con ellos. Es posible practicar (como psicoterapeuta) estar siendo de ese modo, sin apertura a los diferentes y a las diferencias, con quien y con los cuales siempre es probable que aprenda.*

*Paulo Freire*

El hombre en todo momento siente la preocupación cultural de relacionarse con el otro, que se manifiesta en el "Ansia de conocerse y encontrarse a sí mismo" (Frankfort, 1956), citado por Grinberg. L. (1977).

Esta es la razón de este reporte que brinda información del trabajo grupal con un grupo de padres de familia que tienen un hijo con discapacidad intelectual y al que se le brinda apoyo y es fruto de la búsqueda de formas alternativas de atención a este tipo de padres. Es una oportunidad de acompañar cara a cara al grupo terapéutico, tratando de enriquecer ésta propuesta en el seno del grupo mismo, como un espacio de discusión, de confrontación y de apoyo; ya que el grupo es como una caja de resonancia o inquietudes que van surgiendo en lo individual pero que sólo con otros pueden ir cobrando forma, la referencia estará siempre dirigida al sujeto en su relación con los otros.

El ser humano, desde que nace se encuentra siempre en la búsqueda del placer y de la identidad, tratando de adquirir confianza en sí mismo. Esta confianza que aporta la deseada sensación de identidad, la conciencia de que somos después de todo humanos imperfectos, es lo que brinda el estudio de la psicología en el ser humano.

La terapia de grupo representa la creación de un espacio donde dicho conocimiento y su transformación es posible, porque el encuadre terapéutico así creado proporciona a sus miembros un entramado dentro del que cada individuo puede recapturar y elaborar las incompatibilidades surgidas inicialmente en el grupo de origen, la familia, y que se han ido repitiendo sin cambios en otros grupos, como la escuela, el medio de trabajo y la familia creada por uno mismo. Así pues, la naturaleza única de cada persona, encuentra su significado y expresión plena en el grupo y en su contraste con los grupos en cuyo seno vive, iniciando con su familia, que es el exponente de la población externa y brinda al niño un patrón básico del comportamiento, siendo formativa para el desarrollo de las relaciones interpersonales, por esto la manera de percibir a los miembros del grupo, debe basarse en esta concepción, rescatando que el individuo no es anterior a la sociedad, sino que nace dentro de su urdidumbre y está profundamente condicionado por ella, es decir él individuo y



la sociedad están íntimamente ligados, de forma que el individuo puede considerarse un punto nodal en la red de su grupo social, originalmente la familia.

Como diría Graham Greene: "Nacemos humanos pero tenemos también que llegar a serlo, ya que la humanidad plena no es simplemente algo biológico, una determinación genéticamente programada. Los humanos necesitamos la relación con otros para confirmarnos realmente como humanos." En todas las áreas en las que el psicólogo clínico se desenvuelve, tiene gran importancia las relaciones con los otros. De ahí la relevancia del análisis de grupo, como método de tratamiento, que reconoce y utiliza la naturaleza esencialmente social del ser humano.

La terapia de grupo es una forma de intervención terapéutica cada vez más popular en multitud de entornos, hoy en día los profesionales de la salud mental deben afrontar el desafío de elaborar nuevas estrategias tanto para la prevención como para el tratamiento de problemas psicológicos.

Se pueden emplear los grupos tanto con propósitos terapéuticos como educativos o para la combinación de ambos (Corey, 1995), citado por Foulkes y Anthony. (1964) buscando satisfacer las necesidades emocionales de las personas, ya que los miembros del grupo pueden practicar nuevas habilidades dentro del mismo y en sus interacciones diarias fuera de él. Además, los miembros del grupo se benefician tanto del feedback y del insight de los miembros restantes como del terapeuta, y aprenden a manejar sus problemas observando a otras personas con preocupaciones similares.

El contenido de este trabajo, hace referencia a cada uno de estos temas, mencionando en cada uno de los capítulos lo siguiente:

En el capítulo uno se hace referencia a los enfoques terapéuticos utilizados en este grupo; desde los principios del psicoanálisis con la "Terapia de Grupo Analítica" de S. H. Foulkes, ya que visualiza al grupo dentro del contexto social, es un método de tratamiento que reconoce y utiliza la naturaleza esencialmente social del ser humano y propicia la comunicación que a nivel consciente ha sido difícil de transmitir y poder relacionarse sanamente en todos los grupos en el que se desenvuelven. La terapia de grupo representa un espacio donde dicha transformación es posible.

Esta propuesta se enriquece con la aportación de Bion acerca del "Desarrollo de los Grupos" en donde se analiza cada etapa por la que pasan los grupos y por ende por donde pasaron el grupo de padres de familia con hijo(a) con discapacidad intelectual.

De igual manera la aportación del "Enfoque Sistémico" en la "Terapia Familiar" que visualiza a la familia como un sistema que forma parte de un macro-sistema, en donde la situación de uno influye en el otro y en su actuación con los otros. Por lo que un sistema es el producto de las relaciones dinámicas entre sus partes y no la suma de sus características absolutas.

En el capítulo dos se plantea la historia de la Educación Especial en México, su transición a partir del Proyecto de Modernización Educativa hasta la Integración Educativa, que da respuesta en Educación Especial a los alumnos con Discapacidad Intelectual, ya que la educación es para todos y con todos. Ello implica que no puede ni debe haber marginados ni excluidos. Se asume por lo tanto que todas las personas tenemos un tronco común, que

hace a nuestra condición esencial de personas humanas, pero se reconoce que cada persona tiene sus particularidades, sus cualidades y condiciones de vida y de desarrollo. La Modernización Educativa es un proceso en conexión con el resto de los procesos sociales y un nuevo estadio de lo que la historia social y educativa ha sido. Con el tiempo, los pueblos cambian y se desarrollan, y las necesidades de la sociedad cambian también, por lo tanto la educación tiene que responder a esas necesidades, en este capítulo se marca lo que plantea la educación en el momento actual, y la educación especial principalmente para propiciar un futuro mejor, para todos los alumnos, específicamente para aquellos que tienen Discapacidad Intelectual. Este capítulo por lo tanto hace referencia a esa visualización de la Discapacidad Intelectual desde la historia misma, en donde eran concebidos como alumnos discapacitados por lo que se segregaban; y la visión actual de la nueva definición de retraso mental de la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) en donde se pone más énfasis a las habilidades adaptativas que les permiten su incorporación a la sociedad.

El tema tratado en el tercer capítulo está relacionado con los sentimientos y reacciones por las que atraviesan los padres de un niño con discapacidad intelectual, desde el momento en que descubren o se les diagnostica a su hijo una discapacidad intelectual y como influye este acontecimiento en la red de relaciones que se establecen tanto en la familia como grupo y de acuerdo al ciclo vital por el que están atravesando hasta sus relaciones con el entorno social en el que se desenvuelven.

Por último se plantea en este capítulo el trabajo actual que se ha desarrollado en psicoterapia de grupo para atender a padres que tienen un hijo(a) con discapacidad y/o alguna otra afección.

En la parte final de este reporte se presenta la experiencia grupal con los padres de familia, describiendo las sesiones grupales, su metodología y se plantean las conclusiones y resultados obtenidos.

\*Por debajo de las palabras que se dicen, hay muchas veces una cosa que se sabe y no se dice\*

Harold Pinter

## JUSTIFICACIÓN

La experiencia que seleccioné para reportar en este informe se refiere a la formación de un grupo terapéutico con padres de familia que tienen hijos que presentan discapacidad intelectual, dentro de las escuelas de Educación Especial.

Generalmente estamos hablando de padres con niños que presentan graves dificultades y/o rechazo social, y derivados del impacto por tener un hijo con esas dificultades, tienen necesidades subsiguientes, que en la gran mayoría, no son atendidas, dando prioridad a las necesidades médicas y educativas de sus hijos.

Estos padres viven un gran impacto psicológico-emocional y generalmente da lugar a múltiples reacciones como son rechazo, incredulidad, culpa, vergüenza, depresión, deseos de muerte, etc. (Wolfensberger 1967), citado en SEP/DEE.(1994) ha catalogado cuarenta y cinco reacciones y todas negativas; entre ellas se encuentran:

- Cambios en la vida y acontecimientos diarios de la familia y en su propio funcionamiento e integración, tales como: alteraciones en los ritmos de sueño, reajustes económicos, cambios en las relaciones entre los padres y los otros hijos, necesidad de continuas visitas a especialistas y otros servicios, etc.
- Cambios en las relaciones de la pareja, en las relaciones sociales, en las actitudes con la gente. Surge así la aparición de una necesidad sistemática de ayuda, asesoramiento, búsqueda de servicios profesionales "especializados", principalmente para la atención de su hijo, ya que resulta difícil para los padres aceptar estos niveles de retraso y por ende aceptar que ellos mismos como padres y/o familias requieren apoyo profesional para lograr esta aceptación, y buscar un equilibrio familiar.

Así mismo la cultura social se limita en las primera etapas a la atención médica y de terapias de rehabilitación para estos niños y cuando llegan al ámbito educativo y en cierta medida los padres descargan en ella esta responsabilidad; se presentan reacciones escolares, para demandar el apoyo de los padres para la educación de este tipo de alumnado; sin embargo la mayoría de estas demandas se enfocan a culpar más a la familia misma y/o a solicitar apoyo para las problemáticas específicas de sus hijos. No enfocándose a brindar apoyo directo a la problemática emocional que presentan estos padres; lo cual es necesario superar en primera instancia, y buscar un equilibrio emocional para sus culpas que viven, antes de poder brindar una colaboración con la escuela para el mejor desarrollo educativo de sus hijos.

Uno de los motivos que me llevó a realizar este trabajo grupal, fue mi necesidad profesional para dar atención psicoterapéutica en el área de Educación Especial donde me desempeño. En este ámbito la Psicología Clínica tiene gran importancia para la formación de grupos que se requiere integrar con toda la comunidad escolar; desde los docentes, padres de familia y alumnos que la conforman:

Con los padres de familia, el psicólogo clínico organiza grupos de trabajo lo cual permite tener un espacio de encuentro con personas que viven situaciones similares, es decir con padres de jóvenes con discapacidad intelectual hablando en el grupo de sus propias

experiencias, desde las instituciones que han recorrido, como de las crisis que ha ocasionado dentro de la familia el tener un hijo con discapacidad intelectual, así como su dificultad para aceptarlo, logrando darse apoyo a través de estas reuniones.

Así pues, el trabajar con un grupo que a pesar de tener diversas variables de edad, diferentes niveles socioeconómicos, y distintos niveles educativos; pero que presentan una problemática homogénea, la cual es tener un hijo(a) con discapacidad intelectual, proporciona a estos un apoyo, dentro del cual cada individuo puede recapturar y elaborar las incompatibilidades surgidas a lo largo de sus vivencias con sus hijos y al mismo tiempo las surgidas en el grupo de origen (la familia) y que se han ido repitiendo sin cambios en otros grupos.

La técnica utilizada de "análisis de grupo" pretende una transferencia de grupo, en la que los procesos inconscientes de proyección, identificación, introyección se descarguen en el grupo, que los sostiene hasta que puedan traducirse a procesos psíquicos comunicativos y compartibles.

Este grupo constituido bajo los principios de grupo analítico crea una atmósfera de realidad e inmediatez que realza las experiencias transferenciales. A nivel personal, cada padre de familia llevo al grupo los acontecimientos de su vida cotidiana actual, con sus vicisitudes y frustraciones por tener este tipo de hijos. Los miembros del grupo abordan esos temas desde el aquí y el ahora del grupo compartiendo lo que tienen en común por el hecho de ser padres y de ser humanos; donde factores específicos de la terapia grupal como es la socialización dan lugar en el grupo a un sentimiento de conexión, empatía y comunidad.

Es por esto, el impacto que tiene la psicoterapia de grupos en mis actividades profesionales, donde se atiende a una gran cantidad de alumnos con discapacidad intelectual y el trabajo con las familias constituye una parte importante del trabajo profesional en donde me desenvuelvo.

En el ámbito educativo, tiene gran importancia la actitud de los padres hacia la actividad de la escuela, ya que esto repercute en el propio alumno, sus relaciones con profesores y compañeros y su actitud hacia el aprendizaje. Sabemos también que el contacto y, sobre todo, la sintonía con el entorno familiar, tienen una gran influencia, no solo en el rendimiento y la actitud de los alumnos, sino también en la resolución de conflictos y en la superación de las fases problemáticas que suelen aparecer a lo largo de la escolaridad.

Son muchas las razones que llevan a considerar la importancia de las tareas vinculadas al establecimiento de relación con las familias como tareas inherentes al ámbito escolar, entre ellas está la importancia de considerar que la familia constituye el primer entorno educativo en el que se han desarrollado los niños. Estos llegan a la escuela con numerosos aprendizajes ya adquiridos en el medio familiar, tanto aquellos con un desarrollo "normal", como los que presentan dificultades de desarrollo.

La colaboración con la familia nos ofrece una oportunidad para propiciar un trabajo grupal, entendiéndose este como un conjunto de personas o miembros, que pueden o no conocerse; en donde todos interaccionan cara a cara, existiendo conciencia de su existencia como tal y de su pertenencia a él, los lazos son emocionales e íntimos (familia, pandilla, grupo terapéutico).

El conocimiento de la dinámica de grupo puede emplearse en educación con la formación grupal de padres con hijos que presentan alguna discapacidad. Es por esto la importancia de abordar este tema de análisis, dentro del reporte final para la "Especialidad de Psicología clínica y psicoterapia de grupos"; ya que la terapia grupal es una empresa pionera que puede funcionar en los aspectos de apoyo, de reeducación y de reconstrucción.

## **I.- OBJETIVO**

El objetivo que tiene reportar este trabajo es aplicar una estrategia terapéutica (Terapia de Grupo Analítica" de S. H. Foulkes) para dar apoyo a estos padres y optimizar una mutua y bidireccional colaboración entre escuela-familia, enfocándose el trabajo en grupo para buscar un equilibrio en la reorganización familiar que permita a los padres aceptar la discapacidad de su hijo(a) sin temor ni culpa y poder expresar la hostilidad o agresión que en ocasiones se presenta y dominarla; por lo que se busca lograr objetivos terapéuticos que en gran medida estas personas no han tenido oportunidad de recibir.

Bronfenbrenner (1983) expresa la necesidad de articulación y permeabilidad entre los diferentes contextos para el adecuado proceso de desarrollo-aprendizaje de todos los niños; lo cual no puede llegar a darse, si los padres no han logrado superar sus propios obstáculos y culpas, que bloquean en gran medida este trabajo productivo y que beneficia a su hijo. La escuela es el contexto institucional al que el niño accede, normalmente, después de un periodo de permanencia más o menos largo en el familiar, siendo ambas representativas del sistema social en que están inmersos. Ambos medios son básicos en el proceso de socialización, aprendizaje y educación, y, por tanto, están obligados a entenderse y colaborar.

Por esto hoy en día, es importante afrontar el desafío de elaborar nuevas estrategias de colaboración, empleando los grupos tanto con propósitos terapéuticos como educativos o para la combinación de ambos; siendo esto la relevancia de este reporte, en donde se observa la importancia de la aplicación de la psicología clínica dentro del ámbito educativo, beneficiando con esto a toda la comunidad escolar, desde los padres, maestros y los niños de educación especial, que son en última instancia el objetivo y fin mismo de todos los involucrados.

# CAPÍTULO I: ENFOQUES TERAPÉUTICOS

## I.1.- INTRODUCCIÓN

Este reporte de la "Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupos en Instituciones se enriqueció al compartir una serie de premisas de la teoría psicodinámica y la teoría de sistemas. Utilizando técnicas desde el enfoque de la Terapia Analítica Grupal de S.H Foulkes, la Teoría del Desarrollo de Grupos de Bion y la Terapia Familiar. ; para la atención en psicoterapia grupal a padres de familia que tienen hijos con discapacidad intelectual.

Es necesario antes de entrar de lleno a los diferentes enfoques, partir de las diversas concepciones y definiciones que se dan con respecto a los grupos terapéuticos.

El grupo terapéutico es denominado como tal, puesto que está constituido por una serie de personas que se reúnen de común acuerdo, y comparten normas tendientes a la consecución de un determinado fin; cada integrante desempeña una función, consciente o inconsciente, que se encuentra en estrecha interdependencia con los demás.

El terapeuta es quien constituye el grupo, desempeñando la función del líder normal. Dentro de un grupo los miembros silenciosos se benefician en la medida en que el grupo progresa, porque el grupo constituye una totalidad y los problemas expresados por cualquier integrante contienen en forma latente o manifiesta, los del resto de los participantes. Esta identificación según Grinberg, constituye el mecanismo profundo que hace posible la atmósfera de tolerancia y de cohesión dentro del grupo.

Newcomb (citado por Grinberg, 1961) manifiesta que dos o más personas constituyen un grupo terapéutico en un momento dado, pero que requieren de dos condiciones básicas. La primera es que los miembros compartan normas acerca de algo particular, los cuales pueden abarcar un amplio margen de aspectos o contenidos. La segunda condición es que el grupo esté formado por personas cuyos roles sociales se encuentran estrechamente entrelazados entre sí. El trabajo común del grupo implica un sistema en el cual cada parte o rol individual depende en cierto modo, de los roles restantes; así un efecto producido en alguna de las partes necesariamente repercute en todo el sistema.

Formalmente se puede definir al grupo como un conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora establecida, de común acuerdo y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común. (Grinberg 1971). En el plano individual los distintos miembros del grupo modifican su conducta, después de haber proyectado lo dañado, introyectando algo nuevo menos destruido. Sartre (1971) considera que los grupos terapéuticos son un continuo devenir y el desarrollo del grupo se alimenta

de las situaciones que tiene que superar, en el grupo se da una situación dialéctica ya que el grupo modifica y es modificado por sus integrantes.

\*Cirigliano y Villaverde (1966) desde la perspectiva de la dinámica de grupo, plantea que un grupo tendría que concebirse como: "Una asociación definible, es decir compuesto de dos o más personas, identificables. En donde los miembros tienen conciencia de grupo, teniendo una percepción colectiva de unidad, es decir, identidad consciente de unos y otros, existe en los miembros sentido de participación, con los mismos propósitos, teniendo los mismos objetivos modelo o metas ideales. Dándose una interdependencia en la satisfacción de necesidades. Los miembros necesitan ayudarse mutuamente para lograr los propósitos para cuyo cumplimiento se reúnen en grupo, teniendo una estructura interna, en cuanto ha de contar con una distribución de roles, interactuando unos con otros, de tal manera que cada persona influencia y es influenciada por cada una de las demás." Como esta definición implica, los grupos son dinámicos, es decir, un cambio en una de las formas de comunicación podría cambiar sus normas o su cohesión.

Sin embargo, antes de entrar al planteamiento de este trabajo grupal, es importante partir de la base teórica que sustenta a la psicoterapia de grupos, haciendo una reseña histórica de sus antecedentes, que nos lleva a abordar los inicios de ésta, remitiéndonos a los orígenes en épocas antiguas de la humanidad; no solo en las propiedades y funcionamientos de estos, sino también en su utilización con propósitos diversos, incluyendo objetivos psicoterapéuticos, así como educativos, en donde se trata de enseñar a los miembros habilidades específicas de manejo.

El trabajo grupal inicia hace una centuria; desde los trabajos de Simmel (1902) sobre las dimensiones del tamaño de un grupo; \*Terman (1904) sobre el liderazgo; \*Tayles (1903) sobre las normas grupales; sin embargo, la historia "formal" de la psicoterapia de grupo tiene como inicio las investigaciones de \*Pratt (1905) con pacientes tuberculoso, cuya finalidad era esencialmente curativa, empleando el método conocido como "método de clase" el cual consistía en reunir a los pacientes en grupos e impartir una conferencia acerca de su padecimiento. Pratt se basaba en que los factores emocionales desempeñaban un papel importante en la recuperación de las enfermedades.

El mayor énfasis sobre los grupos dinámicos comenzó después de la segunda guerra mundial, dentro del campo de la investigación con militares en grupos pequeños y también en instituciones públicas con personas trastornadas mentalmente.

\*Burrow (1920) psicoanalista discípulo de Jung y Freud realizó esfuerzos pioneros en la aplicación de conceptos psicoanalíticos. Acuñó el término "Análisis de grupo". Para Burrow los problemas individuales eran síntomas de los problemas sociales, veía al grupo como un vínculo entre el individuo y la sociedad con potencialidades terapéuticas; trabajó con sus grupos esencialmente con la situación presente.

\*Lazell (1921) utilizó el "método clase" con pacientes psicóticos, considerando que estos se beneficiaban por sentir que compartían su enfermedad y problemas con individuos en similares condiciones. (\*Citados por Grinberg. L, Langer.M, Rodrigué.E .1977)

Schilder (1932) empezó a experimentar en el trabajo terapéutico con grupos de pacientes de consulta externa. Su trabajo con grupos tiene rasgos didácticos y directivos, aunque estimulaban interacción, básicamente mantenía su neutralidad analítica, examinando la transferencia y la resistencia; dio gran importancia a la adquisición de "insight" entendiendo a éste como la capacidad de aceptar las estructuras del mundo real y de comportarse de acuerdo con dicha realidad. Mediante el análisis en el grupo el paciente se libera de prejuicios e ideas erróneas sobre sí y sobre los demás, logrando entonces actuar de acuerdo con la realidad.

Slavson (1934) empezó a trabajar con niños, consideraba que el trabajo con niños sería más apropiado si se realizaba orientado a la actividad, con controles y guía emocional; para corregir las experiencias traumáticas, se debía facilitar y estimular la actividad de los niños, aceptando sus conductas hostiles y agresivas. Extendió más tarde su trabajo con adultos, considerando que en ella se debe dar las siguientes características a) relación (transferencia), b) sublimación, c) catarsis, d) insight, e) prueba de realidad. Llamó a su trabajo en grupo "Entrevista analítica de grupo", dice que el terapeuta debe conocer a cada paciente, su patología y dinámica y analizarlos individualmente en la situación terapéutica de grupo, ya que este sirve como catalizador de la dinámica individual acelerando la regresión y debilitando las defensas y al grupo debe considerársele sólo como escenario de las respuestas individuales.

Moreno, contemporáneo de Slavson introdujo en Estados Unidos sus métodos particulares; el psicodrama y el sociodrama, afirma que los grupos con las técnicas psicodramáticas pueden ayudar al individuo a recobrar la espontaneidad, teniendo efectos terapéuticos; la actuación, "acting-out", que el paciente hace en las dramatizaciones de su problemática, lo llevará a la liberación de sus fuerzas creativas. Este método se puede considerar catártico básicamente.

Wolf (1938) propuso a sus pacientes comenzar un grupo terapéutico; considerándose en los cuarenta el precursor en el tratamiento de parejas. Una de sus contribuciones es la "sesión alterna" a la que asistían todos los miembros del grupo sin el terapeuta. Dio el nombre de psicoanálisis en grupo a su método; empleó la interpretación de sueños, trabajó con la resistencia, con la transferencia y con la reconstrucción genética en su trabajo con grupos.

Slavson (1943) experimentó el potencial terapéutico de "grupos activos" para niños con problemas emocionales, consideraba que la formación de un pequeño grupo proporcionaría catarsis para guiar hacia un crecimiento individual, dándose cuenta del proceso grupal. El clima permisivo del grupo estimulaba hacia la regresión, en los cuales los conflictos de la época temprana de la vida afloraban a un contexto de aceptación y estabilidad emocional. (Tultman, 1986)

Bion y Foulkes(1959) son considerados como representantes de la escuela inglesa de psicoterapia de grupos psicoanalítica, sin embargo sus puntos de vista difieren y originan técnicas distintas dentro de la psicoterapia de grupos; teniendo en común la conceptualización del grupo como un todo.

Foulkes ideó el concepto de "red multipersonal de interacción" que es el conjunto de relaciones que los pacientes establecen con su grupo natural; y afirmó que esta red tendrá



influencia sobre la vida y psicopatología del paciente. La técnica de Foulkes es llamada por éste "psicoterapia analítica de grupo", enfatiza el hecho de que el individuo y no el grupo es el objeto del tratamiento siendo el grupo el agente terapéutico principalmente.

Bion (1959) da énfasis a su concepto de que el líder emerge en función del grupo; no se considera a sí mismo psicoterapeuta de grupo y se limita a admitir su experiencia en el estudio de tensiones de grupo. Define al grupo como una función o conjunto de funciones de un agregado de individuos; considera dos aspectos del grupo, hablando del funcionamiento de éste en un nivel manifiesto y en otro latente. Cuando el grupo se conduce basado en la realidad, se refiere a él como "grupo de trabajo", en el que los esfuerzos se dirigen hacia la realización de una tarea.

Por debajo del nivel manifiesto existe otro tipo de funcionamiento de grupo, cuya relación con la realidad es casi nula y cuyo comportamiento tiene características regresivas. Bion se refiere a éste como grupo de supuestos básicos; a los que define como creencias emocionales comunes a todos los miembros del grupo, que los llevan a compartir determinado tipo de fantasías y deseos inconscientes y que expresan necesidades básicas del grupo, uniéndose para satisfacer sus necesidades básicas, buscando un líder que los satisfaga. Los supuestos básicos son: a) Dependencia, b) Lucha y fuga y c) Apareamiento.

Otras contribuciones importantes por parte de la escuela Psicoanalítica Británica les corresponde a Ezriel (1950), Balint(1968), Fairbairn (1954), A. Freud (1936) Klein (1932,1957), Winnicott (1957).

El valor adjudicado a la contribución de Freud en el campo de la psicoterapia de grupo varía, manifestando algunos cierta desilusión ya que consideran que si bien Freud dejó el valioso legado del psicoanálisis e indirectamente ha contribuido en la psicoterapia de grupo, no utilizó todo su genio en el trabajo directo con el grupo en psicoterapia. Por otro lado y aunque la teoría psicoanalítica es increíblemente vital, se han introducido modificaciones a la teoría freudiana clásica. Así, por ejemplo, la psicología del self y los seguidores de Kohut (1971,1977) añadieron el concepto de self como un elemento primario en la estructura de la personalidad. La escuela inglesa de relaciones objetales, iniciada por Klein (1946), mantiene que el impulso para establecer vínculos es lo fundamental. La psicología del yo (A. Freud 1954) resalta la importancia de las defensas. Los teóricos del feminismo persiguen la integración de la teoría psicoanalítica con el estudio del género y su desarrollo (Chodorow, 1989). Las citadas son sólo algunas de las escuelas importantes dentro del pensamiento psicoanalítico moderno. El tema común a todas las modificaciones de la teoría freudiana clásica es el énfasis en los factores interpersonales implicados en la evolución de la personalidad y la psicopatología, así como el efecto de dichos factores en el proceso de la cura. Una de las contribuciones recientes a la psicoterapia de grupo es la de Kossel quien intenta integrar a la misma la teoría de las relaciones de objeto, considera al grupo como objeto transicional. La teoría de relaciones de objeto, según Kenberg, es el enfoque psicoanalítico de la internalización de las relaciones interpersonales. Trata las interacciones entre el mundo de objetos internos y la actual relación interpersonal del individuo.

En fecha reciente se han hecho diversos intentos de incorporar nuevos modos de pensamiento para la integración de la dinámica individual y la grupal. Tanto Agazarian (1989,1991) como Ashbach y Schermer (1981) han incorporado la teoría general de sistemas a sus modelos.

Siguiendo los principios de la teoría general de sistemas, la terapia centrada en el sistema de Agazarian (1989) conceptualiza los grupos en términos de un conjunto de sistemas jerárquicos e isomórficos, incluyendo un sistema de grupo como un todo, un sistema de subgrupo y un sistema de miembro individual. La patología se formula en términos de dificultades y conflictos en la comunicación y la tarea de cada miembro en un momento dado es unirse a un subgrupo donde experimenta tanto las similitudes como las diferencias con los demás miembros de dicho subgrupo

La teoría general de sistemas ha sido aceptada por representantes de diversas disciplinas científicas, ya que parece ofrecer un factor unificador, porque representa un lenguaje común. Esta teoría postula que un sistema es el producto de las relaciones dinámicas entre sus partes y no la suma de sus características absolutas; solo pueden entenderse como función de un continuo intercambio de material, energía e información entre esas partes.

Hall y Fagan (1977) definen al sistema como un conjunto de objetos que son las partes componentes del sistema, en tanto que los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones unen al sistema.

Durkin dice que la teoría de sistemas quizá provea al campo de la psicoterapia de grupo de un marco teórico más amplio en el que todos los enfoques teóricos pueden reunirse.

Los nombres, conceptos, teorías, técnicas y sucesos hasta aquí descritos, constituyen la historia de la psicoterapia de grupo, sin embargo es importante que los esfuerzos en psicoterapia de grupo deben seguir girando alrededor del compromiso y responsabilidad con los pacientes, existiendo la posibilidad de enriquecimiento entre los diferentes enfoques que lleve hacia la mejor comprensión del grupo.

La psicoterapia de grupo ha necesitado extenderse a las esferas extraclínicas, por la razón de que toda comunidad social, política, industrial, estudiantil o científica está integrada por grupos por lo tanto el terapeuta y el profesionista que manejamos las relaciones humanas en campos como la educación, la industria, el trabajo social y comunitario, debemos tener en cuenta que cierta diversidad metodológica es indispensable y que ésta debe obedecer a las necesidades de la población a la que prestamos nuestros servicios.

## **I.2.- "TERAPIA DE GRUPO ANALÍTICA" DE S. H. FOULKES**

Los doctores Foulkes y Anthony (1946) han colaborado en la estructura de los principios y métodos de la Psicoterapia de Grupo; este punto de vista es representativo de importantes tendencias en la teoría y la práctica terapéutica.

Consideran el tratamiento de grupo "Un nuevo método de terapia, investigación, información y educación". Y a la terapia de grupo como una expresión de una nueva actitud hacia el estudio y el mejoramiento de la interrelación humana.....Tal vez alguien, siguiendo esta amplia perspectiva, encontrará en ella la respuesta, dentro del espíritu de una comunidad democrática, para la masa y el grupo dirigente de los regímenes totalitarios". (Foulkes, 1946)

La terapia analítica de grupo hace uso del trabajo de las escuelas analítico-individuales, en particular del psicoanálisis freudiano, tiene también afinidades con los métodos de acción y las teorías sociológicas contemporáneas.

El análisis de grupo o la terapia analítica de grupo es un método de tratamiento que reconoce y utiliza la naturaleza esencialmente social del ser humano; Foulkes contempla al grupo como el lugar natural para el tratamiento de los trastornos emocionales, concluyendo que la situación en que uno trabaja, la situación como un todo, era decisiva de cada proceso personal y su significado de todos los procesos parciales que uno puede observar. Naturalmente, en un grupo, la situación total es una situación de grupo (Foulkes, 1973). La percepción de que las cosas están sucediendo en la situación analítica de grupo, en la que éste interactúa como un todo aunque se ponga en el centro de atención al miembro individual, es la esencia de la innovación de Foulkes para el análisis de grupo.

Algunos conceptos centrales del análisis de grupo tienen su origen en la perspectiva holística del funcionamiento del organismo Foulkes plantea "El organismo sano funciona como un todo y puede describirse como un sistema en equilibrio dinámico [...], continuamente debe adaptarse activamente a las circunstancias siempre cambiantes y a las condiciones ambientales del medio en que vive". En forma análoga al organismo, el grupo analítico funciona como un todo en un terreno de relaciones siempre cambiantes, en el que los diversos aspectos del entramado dinámico del grupo van apareciendo [...]. Las aportaciones de cada uno de ellos cobran significado y se evalúan en el seno de esa red dinámica de relaciones. (Foulkes, 1948).

La manera de percibir al paciente en el grupo se basa en la concepción de que el individuo no es anterior a la sociedad, sino que nace dentro de ella y está condicionado por ella; el grupo es la unidad psicológica básica. La incompatibilidad entre el individuo y el grupo puede hacer que el individuo se transforme en el punto focal de procesos interpersonales alterados.

La terapia de grupo representa la creación de un espacio donde dicha transformación es posible. Se trata de un grupo cara a cara que alienta la comunicación verbal e inhibe la acción. El encuadre terapéutico proporciona a sus miembros un entramado dentro del que cada individuo puede recapturar y elaborar las incompatibilidades surgidas en su grupo de origen, la familia, y luego se han ido repitiendo sin cambios en otros grupos.

La terapia de grupo supone una transferencia de grupo, en la que los procesos inconscientes de proyección, identificación proyectiva, introyección, e identificación se descargan en el grupo, que los sostiene hasta que pueden traducirse a procesos psíquicos comunicativos y compartidos. El grupo sostiene tales percepciones, para modificarlos, revisarlos, y usarlos como nuevas experiencias del Self adaptadas a la realidad de la relación con los demás, tarea de ajustar las relaciones personales, se quita la pantalla protectora detrás de la cual pueden ocultarse en alguna otra forma de grupo social. Removiendo ésta pantalla y llevando al grupo a la libre discusión flotante creamos una situación con efectos de apoyo.

La situación analítica de grupo da luz a significados inconscientes, motivaciones inconscientes y reacciones interpersonales que son desconocidas. Durante este trabajo de

descubrimiento, el paciente comprende en qué forma eso toca el sentimiento emocional profundo y no solo a su intelecto, sus propias reacciones con respecto a otros, sus errores y sus juicios injustos. El proceso analítico grupal libera una multitud de factores para acrecentar la comprensión del paciente y forman una base donde pueden probarse sus relaciones con otras personas. Así el grupo analítico proporciona lo que Donald Winnicott denominó "los elementos ambientales esenciales que cada miembro experimenta y utiliza conforme a sus capacidades y necesidades en un momento dado y según el estado psíquico de cada miembro y la fase evolutiva del grupo"

Todas las comunicaciones se producen dentro de la matriz de desarrollo grupal, gracias a ésta matriz el grupo analítico tiene la capacidad de recibir, contener, integrar y finalmente, transformar en un nivel de funcionamiento más elevado la producción de cada paciente. En relación con esto, el grupo pasa a ser el continente materno de la infancia. Cuando se alcanzan y articulan dichos niveles, los patrones neuróticos y pseudoautistas son sustituidos por un sentimiento de comunidad y un compartir basado en el sentido común. Los miembros del grupo toman conciencia de que pueden surgir diálogos válidos y creativos en el presente, cuando se han superado las viejas e inadecuadas formas de comunicación y relación. Estos modos de relación están basados, en patrones internalizados de relación: cuando se reconoce y elabora la naturaleza transferencial de tales externalizaciones, puede surgir un diálogo adecuado aquí y ahora. De esta manera, se forma una matriz dinámica que contiene áreas de relaciones más cercanas a la vida de todos los días; aquí se pueden reconocer y manejar los conflictos.

En el grupo analítico el equilibrio de cada uno de los pacientes está en peligro; por lo tanto, estos buscan a otros que sostengan sus propios sistemas de fantasía, sus entramados internos, mediante procesos intersubjetivos, como la identificación proyectiva y el espejo. Surgen mecanismos defensivos colectivos que permiten la restauración del equilibrio narcisístico del paciente; parte del proceso de cambio es la reducción de fronteras, tanto intrapsíquicas como interpersonales.

Todas las comunicaciones y relaciones que son de importancia central para el proceso terapéutico y las actividades terapéuticas del analista, son como parte de un campo total de interacción: "el grupo matriz". El funcionamiento de la matriz grupal puede conceptualizarse como un funcionamiento a tres niveles; organizar así los hechos, es una forma de ayudar a que él analista de grupo se oriente entre las comunicaciones. Los tres niveles interactúan, convergen y se separan continuamente, una y otra vez. A nivel personal, cada paciente lleva al grupo los acontecimientos de su vida cotidiana actual. Los miembros del grupo abordan estos temas desde el aquí y ahora del grupo, sirviéndose de la memoria grupal, que el grupo posee y utiliza pero que el paciente no dispone, ese no recordar suele deberse a la distorsión transferencial del individuo.

En el nivel proyectivo de las imágenes corporales y mentales los miembros del grupo se perciben como representaciones de objetos parciales del Self escindidos y rechazados, que se han colocado sobre otro miembro del grupo o parte del grupo, por medio de proyecciones e identificaciones proyectivas. Así, el aspecto escindido se preserva y modifica para que el paciente pueda reintroyectarla en forma aceptable. Son momentos que imponen respeto en el grupo y aumentan la ansiedad hasta límites casi intolerables,

que también funcionan como una experiencia de profunda e intensa cohesión para todos los miembros y que proporcionan la sensación de ser comprendido, de empatizar con los demás y ser sostenido por ellos.

El tercer nivel descansa en la matriz fundacional, por la que todos los miembros del grupo comparten cuanto tienen en común por el hecho de ser humanos; el lenguaje, las metas y la memoria inconsciente. En el grupo de padres trabajado, estos comparten todas las vicisitudes de tener un hijo con discapacidad intelectual.

El análisis grupal es una terapia psicoanalítica, por tanto se utilizan y aplican todos los recursos propios del psicoanálisis. Además de que se dan factores específicos de la terapia grupal como es la socialización. En el grupo terapéutico lo que los pacientes tienen que hacer es hablar sobre ellos mismos y escuchar a los demás, para ir aumentando su grado de comprensión de sí mismos y de los demás miembros del grupo; el crecimiento puede ser en dos dimensiones: vertical y horizontal. El psicoanálisis individual permite el desarrollo de la dimensión intrapsíquica, la vertical; el análisis de grupo añade la horizontal.

La empatía dentro del análisis de grupo produce la sensación de estar siendo comprendido en profundidad; la resonancia supone no sentir como exclusiva la respuesta de uno mismo ante los sentimientos o la situación de otros. Exponerse a la escala de resonancia del grupo permite reconocer las similitudes y diferencias constitutivas de la propia individualidad. Los miembros del grupo se apoyan unos a otros durante los periodos dolorosos de su vida y se ayudan mutuamente a resolver e integrar sus conflictos.

En el grupo analítico se da un intercambio de información a todos los niveles, lo que profundiza la comprensión y pone en movimiento la resonancia con el grupo. Ante una misma intervención, cada miembro reverbera desde un nivel evolutivo diferente, de forma que todos los miembros le encuentran un significado relevante.

La situación analítica en el grupo es cara a cara, de forma que hay una exposición tanto física como psicológica frente a los demás. Inevitablemente, la conciencia de self se pone en primer plano de diversas maneras, por un lado, el self es social, se muestra hacia afuera y se adapta al mundo social; pero también mira hacia dentro, formando parte de la unicidad. Las personas esperan de los demás aceptación y el reconocimiento.

Mediante el fenómeno de condensación, el grupo amplifica y concentra los detalles de las interacciones entre los miembros, lo que tiene un efecto liberador y estimulante. Los símbolos, sueños y síntomas compartidos actúan como condensador; el fenómeno más específicamente grupal es el de función espejo; los pacientes ven aspectos de sí mismos reflejados en otros del grupo, lo que les permite confrontar elementos escindidos y rechazados de su propia imagen social, psicológica y corporal con estadios en el proceso de reintegración en el self. (Pines, 1984,1990; Zinkin, 1985)

Por otro lado, la situación de grupo corresponde más a la vida "real" en el presente; el "aquí y ahora" y a problemas de ajuste actual, lo cual fue uno de los factores para elegir este tipo de enfoque terapéutico en el trabajo grupal. En el grupo se toma un conocimiento completo del trasfondo inconsciente con respecto a estos problemas, pero el análisis no se dirige a la resolución de los conflictos infantiles en transferencia. En consecuencia, el analista de grupo se hace parte del problema presente, y encara el conflicto del grupo como una

persona real con derecho propio, se mantiene pasivo y apartado, para alentar la interacción grupal; habiendo creado una situación dinámica y apropiada para la terapia, puede dejar al paciente que siga adelante con el problema de curarse a sí mismo.

El análisis de grupo puede describirse primero en términos de los arreglos materiales y después, desde el ángulo psicológico, sin embargo los arreglos materiales tienen sus concomitantes psicológicos. La habitación debe ser de tamaño suficiente para contener un pequeño círculo, donde los miembros se sientan para una conversación fácil, guardando distancia entre cada uno; con poco mobiliario; lo cual hace que no haya nada detrás de que esconderse, de modo que los miembros están desamparadamente visibles y ociosos, exponiendo partes reveladoras y expresivas como son la cara, las manos y los pies, que "hablen" el "lenguaje corporal de ellos, aún en los periodos silenciosos.

La representación psicológica del círculo es una figura que se le han acreditado propiedades mágicas y se ha utilizado en el lenguaje simbólico y metafórico. Ha sido para significar un compromiso estático, un equilibrio del movimiento periférico. En el lenguaje de la física, éstos son las tendencias centrípetas y centrífugas; y en el lenguaje de las emociones, una ambivalencia de fuerzas negativas y positivas, (atraído y repeliendo, odiando y amando). A menudo la libre elección de asientos, hecha por los miembros respecto a cada uno y al terapeuta, es significativa.

Después de un periodo de elección fortuita; el círculo puede "endurecerse", una alteración puede indicar alteraciones dinámicas y puede proporcionar indicadores referentes a los roles funcionales desempeñados por los miembros del grupo, detectando la emergencia de "líderes delegados", "favoritos", "chivos emisarios y "parejas. La estructura le da al grupo su carácter reconocible. (Foulkes y Anthony 1964)

Los grupos pueden en su estructura ser cerrados o abiertos, estos últimos son lo que proveen el mejor ambiente para una terapia, cuando los miembros han sido igualados; ésta selección se da por supuesto, previamente una base común suficiente, y podemos añadir otras experiencias compartidas, tales como edad, sexo, religión, el medio social, la inteligencia, la educación, la profesión, el status matrimonial; entre otros. Los principios más específicos pueden clasificarse sobre tres categorías, el grupo heterogéneo, el grupo intermedio, es decir la reunión de "personalidades", pero debe recordarse que un solo rasgo del carácter puede ser la expresión social de muchas condiciones inconexas. Por último el grupo homogéneo, en donde los pacientes pueden seleccionarse en base a algún síndrome o en base a un problema común; en donde queda inmerso el grupo de trabajo de padres de familia con un hijo con discapacidad intelectual.

Desde el ángulo psicológico la situación analítica de grupo es su flexibilidad y espontaneidad, el procedimiento brota de la experiencia del grupo, con una atmósfera de fácil permisividad, de libre discusión flotante, empiezan a suceder cosas, con dos clases de factores en funcionamiento, el de apoyo y el analítico, en el de apoyo cada miembro tiene la sensación de estar apoyado, de ser aceptado, de poder hablar y de que se le escuche, de compartir con otros, de ser capaz de enfrentar el aislamiento y la soledad. "Para usar el término de Kurt Lewin, es el factor de "pertenencia". En el factor analítico, el análisis de grupo es una terapia de descubrimiento, se analizan las defensas, los conflictos se desnudan y se alcanza la comprensión de pautas de comportamiento e interacción

aparentemente irracionales. Cada paciente experimenta y observa al mismo tiempo el proceso dinámico y las perturbaciones que se generan en el grupo. Esta llamada experiencia correctiva emocional es la piedra angular de toda la estructura terapéutica. (Foulkes y Anthony 1964)

El grupo analítico, creado y mantenido en condiciones óptimas mediante la administración del analista; proporciona la estructura ambiental en que pueden darse pautas de expectativas repetitivas, lo que constituye la base para el vínculo seguro estipuladas por Bowlby y Kohut como esencial para el desarrollo emocional en la infancia (Moratas, 1986). El grupo analítico puede ofrecer un medio de apoyo materno cuando hace falta y un sistema seguro dentro del que los pacientes pueden revivir, modificar y expandir viejos patrones de relación para lograr cambio y crecimiento.

El estilo de la terapia de grupo analítico surge a partir de la premisa de que los síntomas provienen de bloqueos en los sistemas de comunicación entre cada individuo y los demás. Lo que la persona lleva al grupo refleja la incapacidad para reconocer dichos bloqueos comunicativos. Por lo tanto en la psicoterapia analítica grupal, el restablecimiento de la comunicación es el primer factor terapéutico.

Los grupos reúnen personas distintas en personalidad, síntomas y necesidades terapéuticas, la capacidad de un grupo se plantea en la manera que puede hacer un uso operativo y constructivo de esas diferencias. Existen grupos defensivos que buscan las similitudes y niegan la competitividad, la rabia y la agresividad.

La envidia se teme y la defensa frente a ella es no mostrar nada que los demás puedan envidiar (Kreeger, 1992). El papel del líder es comprender y aceptar estas ansiedades y defensas, llamar la atención sobre ellas y representar la diversidad y diferenciación en el grupo; la cual puede considerarse un movimiento desde formas básicas y primitivas de cohesión y ayuda grupal, hacia la unidad en la diferencia que también puede denominarse coherencia de grupo (Pines 1986).

La cohesión puede conducir a fenómenos como la idealización del grupo, la ceguera ante su negatividad, una armonía ilusoria, el énfasis en la similitud o la uniformidad; puede ser una forma de fusión. Pero, conforme los niveles de ansiedad se reducen y aumenta la capacidad del grupo para la elaboración, con ayuda del desarrollo de la matriz grupal, pueden tolerarse las diferencias, a pesar del conflicto que puedan producir. La capacidad del grupo para contener y manejar estas diferencias se debe primeramente a la capacidad del terapeuta para la contención, pero esas capacidades se van compartiendo entre los miembros del grupo de forma que este se transforma en un continente seguro, en el que pueden producirse internalizaciones en los pacientes, que fortalezcan su estructura psíquica.

El trabajo mental y el esfuerzo interpersonal que se necesita para asegurar una comunicación cada vez mejor, es de gran importancia y es importante rescatar en este trabajo la historia natural por la que atraviesa un grupo libre y flexible, como grupo empieza de modo diferente, se desarrolla diferente y concluye diferente pero cada grupo debe tener al menos, un principio y un final; sí como todo aquello que se desarrolla entre estos periodos; cabe pues mencionar las similitudes por las que atraviesa un grupo.

*La fase inicial:* Bach la ha llamado, el periodo de la "luna de miel terapéutica". Es la etapa de los pensamientos mágicos proyectados sobre el terapeuta; él se convierte en el que sabe o el que cura, y las esperanzas de una rápida recuperación son muy altas.

En este periodo inicial, es natural que los pacientes se vuelvan al terapeuta se dirijan a él personalmente. Esto se funda en la experiencia que tienen de toda la vida y en lo que esperan de la relación médico-paciente. También les parece razonable conducir el tratamiento en la forma de preguntas y respuestas, ellos le preguntan al "especialista" y él les da una respuesta, pero no en la situación analítica de grupo. En ésta él terapeuta les devuelve sus preguntas y plantea una contra-pregunta. Una pregunta no puede ser contestada con otra pregunta, pero la segunda pregunta puede desencadenar un nuevo método de pensamiento que puede lograr la respuesta. También puede el terapeuta lanzar la pregunta abierta al grupo y esto conduce al paciente, por primera vez, en contra del grupo, él debe reorientarse a sí mismo, apartándose del eje médico-paciente y acercándose al eje paciente-paciente. Muy pronto, los pacientes se prestan a discutir sus síntomas individuales en el grupo y encuentran que tienen tanto en común que la sensación de aislamiento empieza a desaparecer.

En esta etapa, predomina la discusión de los síntomas, pero la lista larga tiene que terminar alguna vez, y entonces hay un silencio y estos, durante los primeros días, pueden ser embarazosos. Empiezan a manifestarse movimientos nerviosos (cruzar y descruzar piernas, mover anillos, retorcer pañuelos, etc. Los ojos están fijados neutralmente en el suelo o en la distancia). Cada uno se siente expuesto y vulnerable y confía desesperadamente en que alguien romperá el silencio. El grupo mira al terapeuta para que este de una guía, más él parece estar esperando también, pero sin ansiedad. Esta es una etapa de perplejidad, de llegar a conocer de qué se trata y quién es quien y qué es lo que anda mal.

*La fase intermedia:* Ahora el grupo se convierte verdaderamente en un grupo. Su punto de referencia no es solamente el terapeuta, pero ellos se mantienen conscientes de su presencia en el grupo, aún cuando esté callado; saben que él siempre los está escuchando. De acuerdo con su propio estado de ánimo, él se vuelve sádico y cruel o humano y servicial; sus percepciones están muy determinadas por sus sentimientos.

Ellos se dirigen a los demás y responden a los demás directamente, forman subgrupos dentro del grupo, y tratan de encontrarse afuera. Se interesan en lo que sucede en el grupo. La reacción del síntoma ante el grupo parece depender de la reacción del grupo frente al síntoma, ya sea que la desatiendan o la minimicen.

Con la etapa de apoyo, viene el análisis y cuanto más profundo es mayor resistencia encuentra. El grupo empieza a interpretar sus propias interacciones y a descubrir sus sentimientos sexuales y de hostilidad; ellos, gradualmente se van convirtiendo en terapeutas, y casi a pesar de sí mismo. Si esta fase se deja continuar por mucho tiempo los miembros pueden convertirse en "adictos al grupo" ahora son dependientes del grupo, como lo eran anteriormente del terapeuta. El nuevo problema es "destetarlos" del grupo. Durante esta etapa su estado del grupo es de estancamiento, por lo que sus temas muestran una tendencia a la circularidad, y se frustran a sí mismos con su propia relatividad.



*La fase terminal:* La terminación de cualquier situación terapéutica debe ser siempre gradual, para darle oportunidad al paciente de que "elabore" las muchas ansiedades y depresiones que, se asocian con los desenlaces, ya que estos parecen llevar a reflexiones acerca de la fertilidad de la vida y la inevitable de la muerte. Cuando se le confronta con el final, el grupo encuentra buenas y lógicas razones para continuar, y esto debe ser analizado con cuidado. Pueden revivir algunos de sus síntomas olvidados o producir otros nuevos. Su dependencia respecto al terapeuta puede reafirmarse como fenómeno transitorio.

El terapeuta es más activo y su actividad está dirigida a devolver a sus pacientes a la vida normal sin ningún apoyo. La gran ventaja del análisis de grupo se observa en este momento; ocupa una posición equidistante con el mundo autístico e irreal de la situación psicoterapéutica individual y la verdadera situación social en el mundo. Por lo tanto la transición es más suave y más fácil al reajuste a la realidad y sus demandas... (Foulkes y Anthony 1964)

En general los procedimientos de Anthony y Foulkes se desarrollan dentro del marco del psicoanálisis clásico. El terapeuta establece en común acuerdo con los pacientes, el contrato terapéutico; mantiene una actitud de aceptación que facilita la comunicación, analiza las defensas, las resistencias y la transferencia. Sin embargo sostiene que la transferencia en la psicoterapia de grupo no se desarrolla en la forma como lo hace en psicoanálisis, más bien, se presenta una transferencia que se desarrolla en el plano actual y multipersonal.

En virtud de ello, ha ido cobrando relevancia la idea de que la conducta de cualquier paciente en terapia de grupo se ve influida y modificada por las tensiones y los conflictos que impregnan al grupo en su totalidad. La mayoría de los autores de la última década, describen sus perspectivas teóricas con el abordaje de grupo como un todo, suscriben la idea de que los grupos psicoterapéuticos muestran cierto tipo de funcionamiento unitario. El pionero en esta área fue Wilfred Bion (1959), como se describirá en el siguiente tema.

### I.3.- TEORIA DE WILFRED BION "DESARROLLO DE LOS GRUPOS"

A lo largo de este trabajo se ha descrito el enfoque terapéutico de S.H.Foulkes llamado "Terapia Analítica Grupal" o "Análisis de Grupo" el cual fundamenta teóricamente el trabajo terapéutico con el grupo de padres de familia que tienen un hijo(a) con discapacidad intelectual. Sin embargo éste trabajo para brindarles apoyo a los padres, se enriquece, al analizarlo y utilizar las técnicas terapéuticas a partir del trabajo en grupos realizado por Wilfred Bion y algunos movimientos de encuentro con orientaciones existencialistas y culturalistas

El nombre de Bion se asocia con aquellos enfoques en psicoterapia de grupo que consideran a este como un todo y no como la suma de sus componentes individuales. Consideran dos aspectos del grupo, hablando del funcionamiento de éste en un nivel manifiesto y en otro latente. Cuando el grupo se conduce en la realidad, se refiere a él como grupo de trabajo, en el que los esfuerzos se dirigen hacia la realización de una tarea. El grupo de trabajo es el aspecto del funcionamiento general que se relaciona con la verdadera tarea del grupo; adquiere conciencia de su propósito y puede definir su tarea. Su estructura se define en función de la ejecución de dicha tarea.

Los miembros del grupo de trabajo colaboran como individuos separados y discretos cada miembro del grupo entra a formar parte del mismo por su propia voluntad y decisión de participar activamente en el logro de la meta común. Por lo tanto, está de acuerdo con la tarea que se propone realizar el grupo y su propio interés se identifica con el interés común. Busca adquirir conocimiento, aprende de su propia experiencia. En el individuo encuentra su paralelo con el yo; éste tipo de grupos son muy escasos. Gran parte de la teoría de Bion trata sobre las razones por las que los grupos no se comportan en ésta forma racional, comenta que el hombre parece ser un animal gregario que muchas veces entra en conflicto con su grey. A veces, parece ser común una conducta ineficaz y autocontradictoria en los grupos, el grupo de trabajo sólo es un aspecto de funcionamiento del grupo.

Por debajo del nivel manifiesto existe otro tipo de funcionamiento de grupo, cuya relación con la realidad es casi nula y su comportamiento tiene características regresivas. Bion se refiere a éste como grupo de supuestos básicos. Suposición básica significa la suposición que sirve de base a la conducta. Es una expresión condicional "como si" uno se comporta como si esto fuera de una manera o de otra. Así observando a diferentes niveles la conducta de los individuos y de los grupos, pueden despejarse las suposiciones básicas sobre las cuales funcionan, Bion utiliza esta expresión para designar a las suposiciones que prevalecen en los grupos, y no a las que son abiertamente expresadas. El concepto de suposición básica es el que da sentido y explica la conducta del grupo, en sus diferencias con el funcionamiento de un grupo de trabajo.

Los supuestos básicos son creencias emocionales comunes a todos los miembros del grupo; las que los llevan a comportar determinado tipo de fantasías y deseos inconscientes y que expresan necesidades básicas del grupo, el grupo se une para satisfacer necesidades básicas, buscando un líder que los satisfaga.

Los supuestos básicos son:

- a) Dependencia.- Es la de obtener seguridad para sus miembros a través de un individuo y así mismo lograr su protección. Los miembros del grupo actúan como si nada supieran, su conducta implica que el líder, en cambio, es un ser todopoderoso, ese poder, sabiduría y generosidad del terapeuta no se ponen en tela de juicio. Muchas veces, lo que une a los pacientes, es la convicción de que, con el tiempo, el líder los curará como por efecto de magia; ni siquiera necesitan informarle de sus problemas, porque él lo sabe todo y hará todo lo mejor por sus pacientes.

El grupo en ese estado emocional insiste en que todas las explicaciones sean sencillas; nadie puede hacer nada difícil; pero el líder puede resolver todos los problemas, si es que quiere hacerlo. Con frecuencia, el líder siente la tentación de caer en el juego y responder a la suposición básica del grupo. Sin embargo, como nadie puede cumplir con este papel, nunca podrán realizarse las esperanzas del grupo, y por lo tanto el terapeuta despierta en ellos sentimientos de decepción y hostilidad. Los miembros tratarán de mantener cerrados los ojos y de no escuchar lo que el líder diga al interpretar su dependencia hacia él, con frecuencia recurren a maniobras para reblandecer el corazón y obligarlo a ocuparse de ellos. Una de éstas maniobras más frecuentes es la de presentar a uno de los miembros del grupo como si estuviera muy enfermo y necesita de una atención muy especial por parte del líder, el grupo necesita de alguien que reblandezca el corazón del líder, la verdad es que el grupo está preocupado más por lograr que el líder se ocupe de él y alivie sus sentimientos de inseguridad.

Una de las preocupaciones más frecuentes del grupo de dependencia se relaciona con el egoísmo, los miembros del grupo tienden a perpetuar un estado de una etapa más temprana de desarrollo y cada uno exige atención paterna en mayor medida que lo que le corresponde; resienten el estado de dependencia y al mismo tiempo, tienen deseos de perpetuario. El mundo externo aparece frío y hostil ante los ojos del grupo, a veces cuando los miembros del grupo se sienten abandonados por su líder, olvidan sus rencillas internas, cierran filas. Surge una atmósfera de grupo cálido que les proporciona una sensación provisional de bienestar y seguridad.

- b) Huida y fuga.- Bion unifica estas dos actitudes como dos caras de una misma moneda. La suposición es que el grupo se formó para preservarse a sí mismo y esto sólo puede lograrse atacando a alguien o a algo o huyendo de una persona o de algo. En la preservación del grupo, la importancia del individuo, permanece en segundo término. Tanto en la batalla como en la retirada, puede abandonarse a una persona si ello es necesario para la supervivencia del grupo.

Un líder es más importante aquí que en los demás grupos de suposición básica, porque la necesidad de acción exige su presencia; el líder elegido en este tipo de grupos es una persona capaz de movilizar al grupo para el ataque o dirigirlo a su huida. Se espera que él sepa identificar el peligro y los enemigos, debe representar y fomentar el valor y el autosacrificio, se espera que experimente sentimientos de odio hacia el enemigo y que se preocupe, no tan sólo por el individuo sino por la preservación del mismo grupo.

Este grupo de suposición básica es anti-intelectual y hostil a la idea de autoestudiarse, el grupo puede hacer innumerables actividades que lo desvíen de su propósito. Bion sostiene que el pánico, la huida o ataque irracional son una sola cosa, afirma que el pánico no

surge sino en una situación que fácilmente hubiera podido despertar sentimientos de rabia, cuando no se pueden desahogar la rabia o el temor surge una frustración intolerable para un grupo de suposición básica. La huida ofrece al grupo una oportunidad inmediata de expresar sus emociones y responde a la necesidad que tiene todo grupo de una satisfacción instantánea, el ataque representa una válvula de escape.

c) Apareamiento.- Aquí la suposición es que el grupo se formó para propósitos de "reproducción" para engendrar al redentor. En nombre del grupo dos personas se unen para llevar a cabo la tarea de apareamiento y creación. El sexo de estas dos personas es inmaterial, cuando funciona realmente, los demás miembros del grupo no se aburren. Una atmósfera de optimismo reina en el grupo. Ningún líder verdadero está presente ni necesita estarlo, ya que el grupo, por medio de esa "pareja" tiene la esperanza de presenciar la creación de un nuevo líder, de una nueva filosofía, de algo que engendrará una nueva vida, resolverá los antiguos problemas, traerá consigo la utopía, el paraíso. Bion subraya el clima de esperanzada expectativa que prevalece en el grupo, aunque el grupo se concentre en el futuro, Bion llama la atención sobre el presente, es decir, el sentimiento mismo de esperanza, serial, de que el grupo de apareamiento existe. Los sentimientos asociados con este tipo de grupo son dulces y agradables.

El líder esperado por el grupo lo salvará de sentimientos de odio, destructividad y desesperación. El hecho de que de este grupo no surja determinada persona o idea, debilitará nuevamente la esperanza, por ya no haber nada que esperar. Se experimentará nuevamente la destructividad y el odio que nunca disminuyeron realmente.

En los grupos de suposición básica su vida no se proyecta hacia una realidad externa, sino hacia fantasías internas, que se desahogan impulsiva e indiscriminadamente, hay poco detenimiento en la consideración o el examen de consecuencias, poca paciencia ante una actitud inquisitiva y mucha insistencia en los sentimientos, muchas veces, los miembros del grupo se encuentran confundidos, tienen mala memoria y no se orientan en el tiempo. No aprenden de la experiencia ni se adaptan, sino más bien se resisten al cambio, aunque puedan pasar rápidamente de una suposición básica a otra.

Otro aspecto importante de las suposiciones básicas es su anonimato, nadie las formula, ni pueden atribuírselas. Las suposiciones básicas parecen ser partes repudiadas de los individuos y aquellos parecen temerlas, como si fueran a aniquilar a las personas que forman el grupo.

Ni el grupo de trabajo ni el grupo de suposición básica existen en un contexto puramente cultural. Lo que se observa es un grupo de trabajo impregnado y sostenido por los grupos de suposición básica, los interfieren con la tarea del grupo de trabajo. No obstante la mayoría de las veces el grupo utiliza debidamente la suposición básica, por ejemplo en hospitales el personal puede y debe movilizar la suposición básica de dependencia, en función del mejor cumplimiento de su deber de cuidar a pacientes enfermos. La iglesia es la principal institución que moviliza la suposición básica de dependencia; el ejército aprovecha la suposición básica de huida o ataque y la aristocracia se interesa en promover el apareamiento.

Tanto el grupo de trabajo como el de suposición básica son abstracciones; son conceptos útiles en la consideración de modos de comportamiento que se observan en los grupos.

Bion manifiesta que ambos se presentan simultáneamente, aunque en grados variables, en todos los grupos.

En términos generales cuando el grupo está bajo la influencia del supuesto básico de dependencia, depende y se apoya en el líder, al que idealiza; en el supuesto básico de huida y fuga, el grupo se siente amenazado por un perseguidor, lo que lo lleva a agredir y defenderse, en el supuesto básico de apareamiento, el liderazgo se centra en torno de una pareja, creándose emociones de expectativa. Este desarrollo que se presenta en los grupos, se visualizó en el grupo terapéutico de los padres que tienen hijos con discapacidad, en donde se entrelazaban el grupo de trabajo con los supuestos básicos en el desarrollo del mismo.

Otro concepto importante de Bion es el de Valencia, la cual define como "la capacidad de un individuo para entrar en una combinación instantánea e involuntaria con el otro para compartir y actuar sobre el plano de un supuesto básico". La valencia corresponde a la cooperación del grupo de trabajo, sin embargo la valencia es espontánea e innovadora. Es un término que se utiliza para designar la disposición en que se encuentra el individuo para entrar en combinación con el grupo en definir y llevar a cabo los supuestos básicos. Una persona puede tener una valencia alta o baja, dependiendo de la capacidad que tenga de entrar en este tipo de combinación. Bion afirma que todo el mundo tiende a integrarse a la vida de un grupo, sobre todo en los aspectos irracionales e inconscientes y que la fuerza de esta tendencia varía con los individuos, cada ser humano es capaz de tener las tres valencias (dependencia, huida o ataque y apareamiento) pero predominan uno u otra de ellos.

Los individuos parecen temer que los domine su valencia hacia la vida del grupo; es decir temen ser arrollados por las suposiciones básicas. Bion piensa que no hay en realidad tanto peligro ya que mientras más consciente se vuelva la suposición básica de la vida del grupo, más efectiva se hará la función de trabajo.

#### **I.4.- TERAPIAS DE ENCUENTRO EN PSICOTERAPIA DE GRUPO**

El movimiento de encuentro es una tendencia en psicoterapia, basada en conceptos acerca de la naturaleza del hombre y del proceso terapéutico, derivado de las orientaciones existenciales y culturalista, en psicoterapia se ocupa del "hombre normal" tratándose como meta lograr su desarrollo pleno.

Horney (1968) da relevancia a la situación actual del paciente, el pasado en terapia debe utilizarse para aclarar el presente, y el paciente se beneficia más de reconocer las repercusiones que ciertas tendencias tienen en su vida actual. Ve al terapeuta como facilitador del proceso que llevará al paciente a auto realizarse, ayudándole a ver las distorsiones de su percepción. Para Horney, la utilidad de la transferencia estriba, no en iluminar el pasado, sino el presente, dice que el individuo en sus relaciones puede "moverse hacia los demás", "moverse contra los demás" o alejarse de los demás", definiendo la neurosis como una perturbación de la relación de uno mismo con los demás.

La filosofía existencialista pareció responder a los sentimientos de la alineación del individuo. El existencialismo volcó la atención a lo subjetivo y lo concreto, y la existencia del hombre volvió a ser el centro de la búsqueda de la verdad, en donde el hombre para experimentar una existencia auténtica debía encararse con su propio ser, reconocer la responsabilidad por sus propias decisiones y sentir la angustia de su soledad y el terror de "no ser".

"La existencia humana es el centro de cualquier conocimiento del hombre. El individuo es responsable ante sí y ante los demás por sus propias decisiones y conductas" (Durkin 1973).

Los analistas existenciales restaron importancia o ignoraron el análisis de la resistencia y la transferencia y ellos ven la relación terapéutica como una relación de persona a persona en la que impera la mutualidad. La meta del tratamiento es ayudar al paciente a enfrentarse al medio, al terror de no ser, miedo que la lleva a vivir inauténticamente para no enfrentarse a la angustia existencial.

Para Horney, la salud mental es una condición de la existencia humana que encuentra expresión y significado en la idea del individuo de realizar sus potencialidad por medio de una comunicación genuina y recíproca con otros. Por esto considera que el grupo proporciona la condición ideal para lograr la existencia auténtica. Plantea que una auténtica participación con el grupo solo resulta posible cuando se es receptivo y se responde plenamente, manteniéndose abierto al mundo.

## **I.5.- TEORÍA DE SISTEMAS**

Ha sido aceptada por representantes de diversas disciplinas científicas, porque parece ofrecer un factor unificador en una época en que el incremento de la especialización ha hecho que científicos en diferentes campos no pudieran comunicarse. La teoría general de sistemas representa la posibilidad de un lenguaje común, en el ámbito científico.

La teoría general de sistemas postula que un sistema es el producto de las relaciones dinámicas entre sus partes y no la suma de sus características absolutas. El todo resultante puede entenderse como función de un continuo intercambio de material, energía e información entre esas partes.

Hall y Fagan (1977) definen al sistema como un conjunto de objetos, conjuntamente con las relaciones entre los objetos y sus atributos. Los objetos son las partes componentes del sistema, en tanto que los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones unen al sistema.

Gray, Duhl y Rizzo (1969) describen la teoría general de sistemas como "un campo lógico-matemático que trata con las nuevas doctrinas científicas de totalidad, interacción dinámica y organización. Es un nuevo acercamiento al problema de la unidad de la ciencia que ve la organización más que la reducción con el principio unificador, y por lo tanto busca isomorfismos generales y centrales de los sistemas."

El concepto de organización es el punto de partida; porque es sinónimo del concepto de sistema. Si un sistema es definido como un conjunto de unidades o elementos que se encuentran en alguna relación constante o posición interaccional unos con otros, entonces el primer concepto está compuesto de elementos que están organizados por la consistente naturaleza de la relación entre elementos; elementos consistentes que están relacionados unos con otros en forma describable o predecible.

El primer principio con respecto a la organización es que esta colección de elementos consistentes, una vez combinados produce una entidad que es mayor que la suma de cada una de las partes por separado. Este concepto es de totalidad; propone que ningún sistema puede ser entendido o explicado totalmente una vez que se han separado en sus partes componentes, así que ningún elemento o sub-grupo de elementos de un sistema puede ser pensado como independiente. En lugar de eso una entidad organizada está propuesta en la que "el estado de cada unidad está restringido por o depende del estado de las otras unidades" (Miller, 1965).

Si los sistemas son elementos consistentes relacionándose en una forma consistente, entonces también son elementos limitados por la naturaleza de las relaciones entre ellos. Algunas veces, la limitación tiene lugar en un contexto espacial, en otras instancias ocurre en un contexto de tiempo, pero la claridad del límite que surge es directamente proporcional a la claridad del patrón determinado por las relaciones. Los límites son fácilmente identificables y pueden representarse en forma de diagramas de sistemas. "El límite entre un matrimonio o una familia y su medio ambiente circundante es por lo tanto descrito en términos de su permeabilidad (la facilidad o dificultad en la experiencia de personas o elementos externos que se mueven dentro y fuera del sistema; como en el caso del grupo de padres de familia, de este trabajo).

El tercer principio relacionado a la organización, es el de la organización jerárquica. Los sistemas están organizados por sí mismos unos con otros de acuerdo a niveles jerárquicos. Cada sistema se ve como compuesto de subsistemas componentes de menor escala y cada parte componente de un supra-sistema más organizado a lo largo de líneas ordenadas y altamente estructuradas, con niveles diferenciales de complejidad, claramente identificables que se relacionan en forma lógica unos con otros. Las familias, son subsistemas de un sistema de comunidad; sin embargo, un sistema particular puede ser simultáneamente afiliado o conectado a múltiples supra-sistemas.

El segundo de los principales postulados en la teoría de sistemas se relaciona con los conceptos de control, incluidos en la caracterización del sistema viviente con un estado dinámico estable. El control introducido por la teoría de sistemas permite el desarrollo de modelos interaccionales altamente complejas, el control sugiere una imagen de elementos en constante interacción dinámica, pero capaces de relacionarse significativamente unos con otros debido a una serie de mecanismos disponibles que los conservan dentro de un

aceptable conjunto de límites y que permite que ocurra la adaptación. La adaptación controlada, es la clave para un cambio significativo; también es crítica en los episodios de crecimiento y desarrollo entre los sistemas vivientes. Para hablar de la noción de un sistema viviente como un estado dinámico, el concepto de equilibrio u homeostasis debe considerarse.

El término homeostasis fue introducido por Walter Cannon (1939), para describir un conjunto de mecanismos dentro de un sistema neuro endocrino cuya función parecía ser el mantenimiento de una constancia del medio ambiente interno del organismo. Con el paso de los años, se ha hecho más clara la situación de cómo el organismo biológico regula su medio ambiente interno y también ha llevado al descubrimiento de que estos mecanismos juegan una parte significativa en la mediación de las respuestas de los organismos a su medio ambiente natural y social.

El concepto de homeostasis y sus nociones colaterales de lazos de retroalimentación positiva o negativa han sido adaptadas por Jackson en sus nociones teóricas acerca de la homeostasis de la familia. Jackson (1957,1965) propuso que una serie de mecanismos pueden ser identificados y cuyo propósito principal es el mantenimiento de un equilibrio aceptable de comportamiento dentro de la familia. La noción es que las familias tienden a establecer un equilibrio o estabilidad de comportamiento y a resistir cualquier cambio del nivel de estabilidad predeterminado, la emergencia de un estado de desequilibrio activa un conjunto de mecanismos de construcción que actúan para restaurar el equilibrio homeostático de la familia.

Los mecanismos que contribuyen a éste proceso auto-regulador dentro de la familia pueden ser relacionadas en una forma circundante, ya sea como lazos de retroalimentación positiva o negativa.

En la retroalimentación positiva un incremento en cualquier componente del lazo, incrementa el siguiente evento en la secuencia circular. Esto es denominado una situación de desviación-amplificación (Maruyama, 1963), y es principalmente un mecanismo autodestructivo. En contraste la retroalimentación negativa establece un equilibrio entre las desviaciones de diferentes eventos dentro del lazo.

Estos modelos que tratan con organismos vivientes es necesario tener en mente, el concepto de energía; cuando ésta es definida con la habilidad de trabajar, la definición es física, entonces el objetivo es directo. Los sistemas vivientes regulan energía y no solamente de ésta, sino tipos específicos de ésta. Sin embargo, el modelo de sistemas recae en un segundo concepto de energía, el cual es el concepto de entropía y su colateral negantropía). La entropía es un concepto importante en la termodinámica; es la ley de la degradación de la energía; la que establece que, con el paso del tiempo, se dará una pérdida gradual degradante de energía en un sistema particular (Willer 1965)

El desorden, desorganización, falta de patrones o casualidad de la organización de un sistema se conoce como su "entropía". El concepto de negantropía, es un principio o regla que describe una tendencia para la manera en la que la energía y la materia interactúan en los sistemas vivientes; el cual solo dirige su atención al descriptivo hecho de que el



crecimiento y el desarrollo llevan a un estado de más patrones y a una reducción de casualidad dentro del organismo, no explica porque ocurren el crecimiento y el desarrollo.

Otra analogía, que es la más importante para los conceptos de sistemas de la familia, es el concepto de la información (equivalente a "negantropía") la información es un tipo de energía que lleva a una reducción en el nivel de incertidumbre dentro del sistema. La información está directamente relacionada a la probabilidad de ocurrencia de un evento particular. La información, como concepto, ayuda a entender cómo los sistemas vivos pueden asimilar la magnitud de complejidad que han demostrado.

La noción de comunicación, el proceso por el cual la información es cambiada ya sea de un estado a otro o movida de un punto a otro en el espacio, muestra analogías con las ciencias de la información. Un sistema tal como una familia es visto como una máquina de procesamiento de información, que incluye concepto de información, programas de comportamiento, y fallas en la decodificación y son usadas para dar una imagen de la familia con una computadora de alta calidad.

Dos dimensiones dentro de las cuales operan nuestros conceptos teóricos, son la dimensión del espacio y del tiempo y siendo importante tener en mente la existencia simultánea de ambos, ya que cada de las áreas conceptuales que se han mencionado como organización, control y energía, toman diferentes cualidades cuando son discutidas desde un punto de vista espacial o desde un punto de vista temporal (Steingles, 1964).

En términos generales, los sistemas, especialmente los sociales, tienen sobre posiciones, el mismo individuo es simultáneamente un miembro de múltiples sistemas, incluyendo el de la familia, el de trabajo, y el de comunidad. Es por ello que la personalidad y sus características de comportamiento de nuestros miembros del grupo de padres que se trabajó, difieren de un sistema a otro.

Bateson tuvo influencia en la aplicación de conceptos sistémicos a las ciencias del comportamiento y al estudio de la interacción humano, manifiesta que toda la familia se encuentra comprometida en un rígido juego de interacciones y todos cooperan a mantenerlo. La existencia de este rol de interinfluencia circular es la que permite considerar a la familia como un sistema. Es decir se considera sistema cualquier grupo de personas (la familia es solo un ejemplo) que interactúan entre sí y están comprometidos en definir sus relaciones recíprocas de acuerdo a determinadas reglas; por lo tanto se puede considerar a la familia como un sistema interactivo gobernado por reglas (Jackson 1978)

Las reglas son modelos interactivos que caracterizan la organización de las relaciones entre los miembros de un sistema y trascienden las cualidades de los miembros individuales y adquieren el significado de realidades propias del sistema. La existencia de reglas configura al sistema como totalidad, lo cual garantiza su estabilidad y equilibrio interno (homeostasis) sin el que el sistema correría el riesgo de disgregarse; sin embargo junto a este equilibrio existe otra función que caracteriza a los sistemas vivos; que es la capacidad de transformación y cambio.

En situaciones normales estas dos tendencias aunque contradictorias, se equilibran y el sistema puede enfrentarse a procesos de evolución y crecimiento y ordenarse en niveles más maduros de equilibrio (equilibrio dinámico).

No obstante en otros sistemas "patológicos" existe una rigidez de las reglas que impide cambios adecuados; dándose una tendencia a la "cristalización" y el equilibrio permanece bloqueado. En estos sistemas tiende a presentarse manifestaciones sintomáticas, principalmente cuando las presiones para que haya un cambio son fuertes, ya sea por influencias externas (traslados, cambios de trabajo etc.) o por exigencias internas ( el pasar de una fase a otra del ciclo vital de la familia ) Haley (1976 ). (Citado por Bertalanffy 1971).

Para afrontar este proceso de transición y crecimiento es necesario que la familia pueda renegociar sus propias reglas y reorganizarse de forma que le permita la adaptación. Pero si la rigidez de las reglas es tan fuerte que no permite transformaciones, puede generar la aparición de manifestaciones sintomáticas de uno de los miembros de la familia; para mantener su homeostasis sin modificación. Por lo tanto el síntoma asume un doble significado; es la expresión en un miembro del sistema del sufrimiento de la familia y paralelamente es un refuerzo del statu quo.

En la concepción sistémica el síntoma no se considera atributo de un solo miembro, sino cualidad de todo el sistema, a esta característica Jackson la llamó "migración del síntoma", en ausencia de una reestructuración global del sistema familiar, ya que la mejoría o desaparición de la enfermedad de un miembro puede ir acompañada por la aparición de un nuevo síntoma en él mismo paciente o en otro miembro de la familia; por lo tanto el síntoma, es "función" de la rigidez de la homeostasis sistémica.

La especificidad biológica del síntoma en esta visión sistémica encuentra su ubicación y es integrado a eventos más complejos; es decir en la concepción sistémica todos los sistemas vivientes son abiertos, están en continuo intercambio de energía e informaciones con los sistemas más amplios circundantes interactuantes. Los tres sistemas principales de interinfluencia recíproca son el sistema psicobiológico individual, el sistema interpersonal familiar y el sistema socio ambiental, con conexiones recíprocas inter sistémicas.

En el sistema psicobiológico individual el aspecto biológico del síntoma que se presenta a través de la localización de un determinado órgano o aparato, se clasifican de acuerdo a Minuchin en primarias y secundarias. En los primarios existe una disfunción biológica presente, lo que Minuchin llama "vulnerabilidad" del paciente; en los secundarios no existe ninguna predisposición o alteración fisiopatológica. En las perturbaciones primarias "el elemento psicósomático consiste en la exacerbación emocional del síntoma y en las perturbaciones secundarias "el elemento psicósomático es evidente en la transformación de los conflictos emotivos en síntomas somáticos", lo que juega un papel determinante en la exacerbación y mantenimiento del síntoma, aun cuando exista una alteración biológica de base, es el encuentro, la interacción circular, la recíproca adaptación entre el síntoma y una organización interactiva del sistema familiar cargada de tensiones emocionales; aún cuando no son manifiestas.

En el sistema familiar las características "disfuncionales" de la organización familiar están en relación de inter influencia circular con el síntoma psicósomático, su aparición y su

persistencia. El síntoma es influido, orientado, amplificado, retroactivamente por la aparición de la enfermedad del paciente; no solo actúa como estabilizador de la homeostasis del sistema, sino que por eso, condiciona ciertas características familiares; por ejemplo, la "sobrepotección" en respuesta a un inevitable requerimiento de protección por parte del paciente.

Bowlby (1982) realizó estudios acerca de las adaptaciones y las reacciones de una familia frente al trauma de la enfermedad proponiendo no perder de vista la "circularidad", es decir verificar el modo en que esa familia, en ese momento de su historia y de su ciclo vital interactúa con la aparición de la enfermedad de uno de sus miembros. Este aspecto es de vital importancia en el análisis del trabajo grupal de los padres de familia con hijo(a) con discapacidad intelectual, al que hace referencia este reporte.

El sistema socioambiental influye recibiendo retroacciones, tanto en el paciente, contribuyendo a "activar" su síntoma, con el sistema familiar orientando sus modelos de interacción y organización, ya que este es el producto histórico de un proceso que, en relación circular con el ambiente macrosocial externo, se ha ido formando y continúa formándose. Cada sistema es una "totalidad" pero al mismo tiempo se reconoce como una parte integrada y correlacionada dentro de una totalidad más amplia con la que se comunica circularmente. Así los tres sistemas, constituyen un "continuum" que prevé, una interacción simultánea y constante entre sistemas abiertos, que presentan en su manera de organizarse, analogías generalmente formales, aunque conservan cada uno propiedades particulares específicas que no permiten superposiciones (Von Bertalanffy 1971).

Desde esta perspectiva, y a partir de todas las investigaciones realizadas por Bateson al estudiar los nexos y relaciones entre todas las formas vivientes, considera que el sistema hombre se constituye, como una unidad biopsicosocial integrada. Desde esta perspectiva teórica que establece una continuidad tan profunda entre individuo-familia-contexto socioambiental, para delimitar un sistema sobre el cual intervenir nos lleva a la elección de la familia como unidad de interacción, con el cual el paciente esté en contacto más directo, no perdiendo de vista de que ésta continua siendo un subsistema; por lo que es importante desde la perspectiva de Minuchin incluir las conexiones de la familia con la familia extensa y sus relaciones espaciales y sociales con el contexto circundante. Por lo tanto para Minuchin, la unidad de intervención es holística, es decir "es el individuo en la trama de relaciones significativas en la que las personas interactúan" (Minuchin, 1974).

En virtud de ello serán finalidades terapéuticas la individuación y el refuerzo de cada uno de los miembros y subsistemas de la familia, modificando sus características aglutinadoras y sobreprotectoras que nos llevará la explicitación y resolución de los conflictos, eliminando el estrés emocional y reactivando en el sistema su potencialidad de evolución y crecimiento pretendiendo desbloquear la rigidez homeostática que utiliza el síntoma para mantenerse.

El resultado del proceso terapéutico es también el resultado de una interacción; la que se da entre la familia y el terapeuta, en el seno de un sistema más amplio que incluye también al terapeuta, al que Minuchin llama "sistema terapéutico". Este sistema no es nunca un sistema en equilibrio estable sino que presenta fluctuaciones, las cuales pueden ser homeostáticamente neutralizadas o potenciadas hasta producir una "nucleación", es decir una nueva demanda y por lo tanto, un cambio inicial ya sea respecto del estado del sistema

interpersonal del paciente, ya sea respecto de la relación entre éste último sistema y el terapeuta; esta nueva variable del sistema "el terapeuta", tiene un papel decisivo en este encuentro. En la visión más sistémica el tipo de intervención abre la posibilidad de una "reformulación de la demanda de tratamiento" y proponer un proyecto terapéutico que recoja las posibilidades y los recursos de todo el sistema, encaminando hacia un cambio total y un nivel de equilibrio más maduro que no requiera ya la presencia de un síntoma. (Prigogine 1979).

La estructura familiar siempre estuvo sometida a múltiples conflictos que no salían a la luz (crisis callada y oculta), al abordar el problema de la crisis de la familia ésta puede adaptarse dos actitudes, por un lado se puede negar su importancia y por otra asumida, estas crisis son problemas como implicaciones sociales, política, ideológica, económicas, culturales, etc, así pues la realidad social posee un carácter unitario y totalizador.

La crisis es según Webster "un estado de cosas en el que es inherente un cambio decisivo en un sentido o en otro. La crisis es el punto de viraje en el que las cosas mejoran o empeoran; se produce una crisis cuando una tensión afecta a un sistema y requiere un cambio que se aporta del repertorio usual del sistema; aumenta la tensión entre los miembros de la familia. Generalmente cuando un terapeuta observa a una familia en crisis, se la encuentra desorganizada, disfuncional, carente de rumbo, en ocasiones algún terapeuta presume que los conflictos revividos de viejas rencillas son los problemas reales y pasa por alto la tensión. Por ésta crisis en ocasiones los miembros de la familia quizá quieran eliminar la tensión de algún modo disfuncional reduciéndola, pero sin solucionar el problema. (Se puede pensar en disolver la familia, obtener un divorcio, etc.) . Quizá la presión sobre un miembro vulnerable de la familia alcance un nivel suficiente para producir síntomas, tal vez alguno de ellos haga el papel de chivo emisario y se convierta en el foco de atención de todos, quizá lo aislen en fin al no comprender la tensión, no se soluciona la crisis.

Una tensión es una fuerza que tiende a distorsionar, las tensiones son específicas de cada sistema, esto depende de los valores y expectativas de la familia y de la naturaleza de las relaciones entre los integrantes. La tensión puede definirse de acuerdo a varios parámetros; sí es manifiesta u oculta, aislado o habitual, permanente o temporal, real o imaginaria, universal o específica y se la considere como producto de fuerzas intrínsecas de la familia o de fuerzas extrínsecas que están fuera de su control.

Cuando la gente atraviesa un periodo tensionante, se concentra tanto en lo que le pasa que no logra darse cuenta de que la suya es una experiencia universal, que se comparte con la mayoría de las familias. Quizá estos individuos se sienten muy solos; la gente necesita verificar su posición según el parámetro de la distribución normal, sí estos parámetros se pueden medir con propiedad, la tensión, sus características, sus efectos, y su origen podrán comprenderse con claridad suficiente para abordarlos, ya que cuando la tensión se define con claridad, se torna tangible y específica, entonces señala el camino para el cambio. Cuando la tensión es confusa, la crisis se extiende sin necesidad y se vuelve incontrolable por lo tanto para resolver crisis familiares es necesario la identificación y definición de la tensión.

Para fines didácticos del trabajo grupal llevado a cabo es necesario definir las características generales de las crisis. Cada crisis posee las características de los siguientes categorías, basadas sobre la naturaleza de la tensión, como son; desgracias inesperadas, crisis de desarrollo, crisis estructurales y crisis de desvalimiento que se superponen e interaccionan.

En las desgracias inesperadas la tensión es manifiesta, real, específica y extrínseca (alguien muere, la casa se quema, la economía familiar se derrumba, etc.) los rasgos más importantes de la desgracia inesperada son que la tensión es obvia y que surge de fuerzas ajenas a la familia, es real y no podría habérsela previsto. Nada resulta apropiado y útil para hacerle frente; sin embargo lo que puede hacer la familia es concentrar su atención en lograr el reagrupamiento necesario para mantenerse en funcionamiento.

El peligro de las desgracias inesperadas se da en la búsqueda de culpables, lo cual revelaría todo tipo de deficiencias personales y familiares, por lo tanto en muchas ocasiones la familia pasa por alto la tarea real de hacer un esfuerzo común y adaptarse a la situación y por lo tanto se opta por un mecanismo de ataque y defensa. En este tipo de desgracias inesperadas una familia funcional, se unen todos los miembros en la tentativa de resolver la crisis, ésta produce una necesidad del uno por el otro, necesidad que minimiza las diferencias anteriores. Cuando no se da este intervalo o tregua, la estructura familiar se encuentra en una situación difícil; la gente solo puede aceptar una cantidad limitada de responsabilidad respecto a la situación del destino (desgracia) que ocurrió, cuanto más grande es la tensión menos probable que resulte útil con experiencia de aprendizaje. La culpa es útil en dosis pequeñas.

La crisis de las desgracias inesperadas ofrecen una oportunidad para resolver los problemas estructurales más resistentes de una familia ya que cuando los miembros se reúnen sin culpas, los viejos problemas pueden resolverse, la comunicación se abre, siempre y cuando las emociones que suscita la crisis adquieren prioridad sobre las emociones vinculadas a casos del pasado.

Las crisis de desarrollo son universales y previsibles; pueden representar cambios permanentes en el status y función de los miembros de la familia. Pueden surgir a raíz de factores biológicos y sociales más que de la estructura familiar, son reales ( abarcan el matrimonio, el nacimiento de hijos, el comienzo de la edad escolar de éstos, la pubertad, la independización de los hijos y su abandono del hogar, el envejecimiento, la jubilación, la decadencia y la muerte de los padres). Algunos cambios son sutiles y graduales, otros son abruptos y dramáticos. Unos son determinados por las diversas etapas biológicas y otras por condiciones de la sociedad.

Existen fuerzas sociales que alientan una conducta en una cierta etapa de la vida como son la promiscuidad, los embarazos adolescentes, el uso de drogas, las deficiencias escolares. En el matrimonio hay crisis de desarrollo como por ejemplo la producida por el enfriamiento del amor romántico en el curso del primer año; otra es el enfriamiento de la intensidad sexual, (alrededor de los 30 años en hombres), así como a los 40 años se torna mas consciente la pauta de éxito o fracaso de su carrera y repiensen sus metas.

También en la crianza de los hijos ocurren estadios de desarrollo por ejemplo los niños de dos años aprenden a decir "no", los de seis se esfuerzan por complacer, los de catorce

hacen caso omiso de los valores de sus padres, los de dieciséis quieren libertad, etc. En cada estadio de desarrollo es inevitable una crisis de algún tipo. La familia o el estado emocional de la persona que entra en la nueva etapa. Los problemas surgen cuando una parte de la familia trata de impedir la crisis en lugar de definirla y adaptarse a ella. Las crisis de desarrollo no se les puede detener ni producir prematuramente; solo se les puede comprender, y así coordinarlos con todos los otros esfuerzos que operan en la familia.

Las grandes crisis de desarrollo tienen lugar cuando la estructura de la familia es incapaz de incorporar el nuevo estadio de desarrollo, también los cambios que ocurren en la terapia son como tensiones de desarrollo y pueden provocar crisis.

Las crisis estructurales son aquellas crisis concurrentes en los que se exacerbaban de manera regular determinadas fuerzas dentro de la familia, la crisis es una exacerbación de una partes intrínseca; puede ser recurrente a menos que la primera crisis de la serie se maneje bien como para resolver el problema interno, es probable que la crisis surja a causa de tensiones ocultas, en realidad, la crisis nada tiene que ver con la tensión. Estas familias funcionan de este modo. Las familias patológicas padecen de este tipo de crisis, la cual no es un esfuerzo por producir un cambio, sino un esfuerzo para evitar que el cambio tenga lugar (familias con miembro alcohólico, violento o adúltero). Lo que mantiene unida a esta familia generalmente es el propio esquema de la crisis, que impide tomar en cuenta la realidad en cualquier circunstancia y enfrentar las fallas con racionalidad.

El siguiente tipo de crisis es en el que se encuentran la mayoría de las familias atendidas en este grupo terapéutico estas son: las crisis de desvalimiento que ocurre en familias en las que uno o más de sus miembros son disfuncionales y dependientes. Este miembro mantiene amarrada a la familia con sus exigencias de cuidado y atención. Los niños, los ancianos, los inválidos, requieren cuidados de los otros miembros de la familia de igual manera la incapacidad crónica, depresiones etc. en estas y otras situaciones la familia pierde el control de aquellos de los que depende por ejemplo cuando la ayuda que se necesita es muy especializada o difícil de reemplazar. Tal vez el afán de los miembros de la familia por encontrar una cura echándose la culpa a sí mismos, al paciente, o entre sí, impida aceptar la naturaleza crónica o recurrente de estas afecciones. Si existe incapacidad crónica es necesario que la familia establezca con el responsable de prodigar los cuidados específicos una relación que tome en cuenta las necesidades del grupo familiar y que los miembros de la familia entiendan la naturaleza de la dependencia; generalmente las crisis de desvalimiento más típicos se originan en el trato con personas cuya incapacidad física o mental no ha sido aceptada por la familia y ésta carga ya con un peso tan grande que se halla a merced de todo tipo de tensiones

En las familias en crisis hay una tensión, pero también hay algo que obstaculiza la flexibilidad de la familia para que los esfuerzos iniciales de ésta por reaccionar resulten inútiles.

La naturaleza del estado de crisis produce tal alteración de los límites familiares, las pautas de asignación de roles y reglas, el funcionamiento dirigido hacia una meta, el sentido de la historia pasada y la tensión entre los miembros de la familia, que a menudo resulta confuso averiguar qué elementos forman parte de la crisis actual y cuáles de la pauta familia. Todas las familias asignan roles a sus miembros, algunos roles son funcionales ( él que gana el pan, cocinero, administra, limpia, etc.) y otros son emocionales ( el bromista, el doctor de la

familia, el consejero, el problemático, etc.) . Las asignaciones de roles funcionales son claros y obvios; la rigidez de los roles suele originar una tendencia a las crisis. También existen familias que asignan roles sobre la base de la diferenciación sexual, pero impide la flexibilidad para adaptarse al cambio.

La tendencia a las crisis no solo es resultado de la rigidez funcional o emocional, también puede originarse en la pérdida funcional; hay familia que prefieren ignorar determinados roles, como si no fueran necesarios. En algunas familias se define como vulnerable a una sola persona, se le caracteriza como un ser que no puede dejar de hacer lo que hace, al que siempre hay que complacer y obedecer, por ejemplo los padres alcohólicos, o aquellos definidos como mentalmente enfermos son los principales candidatos para este papel. Si alguien cuestiona la vulnerabilidad del paciente de la familia , es el cuestionador quien se convierte en el "problema" de la familia. La familia concede prioridad a proteger al paciente familiar a modo de evitar que se torne autosuficiente. Así pues si cualquiera de los miembros debe ser siempre cualquier cosa, entonces nunca podrá entenderse nada y no tendrá lugar ningún cambio.

Del mismo modo que los roles de la familia determinan quién hace qué, las reglas familiares determinan quién no puede hacer qué. Surge una tendencia a la crisis cuando las reglas prohíben que la familia funcione o forme parte del mundo, cuando las reglas interfieren con la socialización y el desarrollo de lo hijos o impiden tomar conciencia de los problemas que requieren cambio y discutirlos, las reglas son más rígidas en aquellas familias que se sienten diferentes del mundo que les rodea, ya que aquellas familias cuyos miembros influyen más directa y personalmente unos sobre otros los cuales tiene menos necesidad de reglas. Todas estas inflexibilidades generalmente no se manifiestan de manera verbal, pero se materializan como resistencias a las terapias; sin embargo las familias en crisis logran actuar en forma sensata si conocen alguna forma sensata de actuar, ésta puede ser transmitida a las familias y la mayoría de ellas tiene éxito en la terapia.-

La familia es, pues, un sistema con una estructura y función que interacciona con los distintos subsistemas que la componen y pasa como hemos visto por distintas etapas y crisis. La familia en subconjunto y los distintos subsistemas en particular se ven inmersos y se mueven por diferentes contextos grupales; microsistemas, ecosistemas, exosistemas y macrosistemas. Para poder mantener el equilibrio dentro y fuera de la familia y entre sus componentes, cada individuo y todo el sistema debe enfrentarse con el estrés que provocan las distintas situaciones por los que pasan. Por lo tanto la familia podrá funcionar sin un excesivo estrés si sabe como afrontar los acontecimientos y problemas y tiene los suficientes recursos en los distintos grupos en los que se mueve.

Los enfoques teóricos hasta aquí descritos, sirven como marco conceptual del trabajo grupal con padres de familia que tiene un hijo(a) con discapacidad intelectual porque el terapeuta y el profesional que manejan las relaciones humanas en campos como la educación, la industria, el trabajo social y comunitario deben tener en mente que cierta diversidad metodológica es indispensable y que ésta debe obedecer a las necesidades de la población a las que prestamos nuestro servicio.

Durkin (1986) plantea que "nuestra década está marcada por una creciente demanda de adaptar los procedimientos estándares de la psicoterapia de grupo a áreas limítrofes.

Mientras la psicoterapia analítica puede ser el método a elegir para adultos neuróticos y con problemas de carácter, diferentes niveles de terapia de grupo se necesitan para otros problemas, tales como delincuentes, personas con discapacidad y lo mismo que el manejo en la escuela de ciertos problemas de aprendizaje en los que no hay tanta implicación de problemas neuróticos (.....). Durkin plantea también que la teoría de sistemas quizá provea al campo de la psicoterapia de grupo de un marco teórico más amplio, en el que todos los enfoques teóricos se puedan conjuntar. Esto es indispensable en la actualidad, ya que el campo de la psicoterapia de grupo sufre de fragmentación teórica y la confusión prevalece en detrimento de nuestros pacientes, imposibilitando la comunicación no solo entre diversas aproximaciones en el campo de la psicoterapia de grupo, sino también entre este campo y el de otras disciplinas.

Actualmente se ha llegado a conjuntar los enfoques psicoanalíticos y la teoría de sistemas en el modelo psicoanalítico-estructural de las relaciones familiares que reúne las siguientes condiciones:

1. Las relaciones familiares tienen un carácter simbólico cuyo significado yace en la estructura inconsciente. En las relaciones familiares las maneras de interactuar, el modo de hablar, las maneras de sentarse, la aplicación de nombres propios, etc. son parte de la estructura familiar inconsciente, que es un conjunto ligado de relaciones entre términos por ejemplo: relaciones de alianza puede ser entre marido y mujer; relaciones de la mujer con su familia de origen "familia materna" y que puede estar presente por un representante; relaciones del hijo con el o los progenitores, y relación del hijo con la familia materna o su representante. Las cuatro relaciones son términos organizados en un modelo transformacional. De la estructura inicial es posible obtener otros modelos de la misma familia [.....].
2. La estructura familiar inconsciente es un operador a través del cual se generan significados provenientes de la cultura. Llega a los integrantes del grupo familiar mediante transformaciones que dan sentido y significado de las relaciones familiares. Esto se relacionan con las fantasías originarias de cada ser y a través de su relación, determinan las experiencias infantiles. Con éstos se genera, a medida que actúan la represión y la censura, la estructura inconsciente del aparato psíquico. [...] Es importante que se note la semejanza y diferencia entre la estructura familiar inconsciente y el aparato psíquico, también como una estructura inconsciente... (I. Berenstein, 1991)

A pesar de que este modelo no fue utilizado como enfoque teórico del trabajo grupal que se reporta; es importante hacer referencia a este como un punto común entre los enfoques teóricos utilizados como son: "Terapia Analítica de Grupo" Foulkes, "Teoría de Bion sobre el desarrollo de los grupos", "Teoría de Sistemas y Terapia Familiar". Tanto los conceptos derivados de la psicoterapia en general y del psicoanálisis en particular como aquellos derivados del estudio de los procesos familiares y dinámicos de grupo se unen en la encrucijada del contexto sociocultural actual en que se desarrollan funcionando éste como catalizador y dándole diferentes matices. Se refleja aquí la tendencia, cada día más evidente, al trabajo multidisciplinario, que viene a contrarrestar los efectos de fragmentación resultantes de la sobre especialización técnica y científica.

La aplicación de la psicoterapia de grupo en marcos extraclínicos es también evidente. Grinberg, Langer y Rodrigué dicen: "la psicoterapia de grupo ha necesitado extenderse a



las esferas extraclínicas, por la sencilla razón de que toda comunidad social, política, industrial, estudiantil o científica está integrada por grupos. De ahí que se haya considerado indispensable su aplicación a lo que se denominó (.....) el estudio de las relaciones humanas.

En virtud de todo lo anterior fue necesario un modelo de trabajo en psicoterapia de grupo que apoye la comprensión de los padres de familia que tienen un hijo(a) con discapacidad intelectual que se basa en el enfoque de terapia analítica de grupos de Foulkes, el desarrollo de los grupos de Bion y en las teorías de sistemas, lo que permitió un enfoque multidisciplinario que giran alrededor del compromiso y responsabilidad con los pacientes, existiendo también la posibilidad de enriquecimiento mutuo entre los diferentes enfoques, que guiara hacia la mejor comprensión del grupo. De igual manera, para conocer las características de este grupo terapéutico y con base a que sus hijos presentan discapacidad intelectual y su ámbito educativo es el Centro de Atención Múltiple # 6, perteneciente a Educación Especial, es importante conocer este tema, que se desarrollará en el siguiente capítulo.

## CAPITULO II: EDUCACIÓN ESPECIAL

### II.1.- INTRODUCCIÓN

En el marco del programa de estudios emprendidos por la UNESCO sobre educación especial ésta es definida de la siguiente manera: "Forma enriquecida de educación general, tendiente a mejorar la vida de aquellos que sufren diversas minusvalías; enriquecida en el sentido de recurrir a los métodos pedagógicos modernos." Sin embargo cuando no se dan intervenciones de este tipo, muchos deficientes corren el riesgo de quedar segregados, inadaptados y disminuidos desde el punto de vista social y no alcanzar el pleno desarrollo de sus capacidades. Los objetivos de la educación especial destinada a los niños afectados por discapacidad intelectual, sensorial, motriz o afectiva son muy similares a los de la educación general, es decir: "posibilitar al máximo el desarrollo individual de las aptitudes intelectuales, escolares y sociales".

Así mismo la Educación Especial en el área de la Discapacidad Intelectual, "es el conjunto de disciplinas científicas que, mediante la aplicación coordinada de métodos, técnicas, estrategias, actitudes y organización específica, propicia el desarrollo integral y armónico de la personalidad del alumno con discapacidad intelectual, promoviendo la formación de hábitos, destrezas, habilidades, capacidades y conocimientos para su satisfactoria incorporación productiva y social a la comunidad de que forma parte".  
( Álvarez, Torres, Garza,1998).

Sobre la base de una serie de investigaciones en diversos países, se ha llegado a la conclusión de que las medidas preventivas y correctivas que se tomen en materia de educación especial, deben apoyarse en un estudio de los alumnos y de todos los aspectos de su desarrollo afectivo, social y psicológico, en donde intervienen sus padres. Se han formulado un cierto número de principios, llamados a guiar eficazmente la acción de la UNESCO:

1. *"Cuando se trata de establecer las líneas de acción, debe otorgarse prioridad a las deficiencias más frecuentes y a aquellas que, en ausencia de tratamiento, llevan consigo un grave daño para el individuo y para la sociedad, en razón de las perturbaciones que comportan.*
2. *El desarrollo de la educación especial, puede facilitarse si se sitúa en el marco del sistema de la enseñanza general, ya que así se beneficiará además de la infraestructura y de los servicios que ya existen.*
3. *Los informes, los estudios y la investigación, tienen una función muy importante que cumplir: gracias a ellos, la acción puede apoyarse en un conocimiento profundo de la situación de cada país.*
4. *La UNESCO deberá dedicarse a cooperar con las asociaciones nacionales o locales fundadas por los padres y las familias de los niños deficientes y esforzarse para ejercer una función informativa ante el gran público sobre los problemas y necesidades de estos niños.*

5. *Los centros de formación y de investigación existentes deberían utilizarse sobre una base multinacional hasta que todos los países dispusieran de servicios suficientes.*
6. *Convendría fomentar la colaboración con la organización de las Naciones Unidas, las instituciones especializadas y las organizaciones no gubernamentales competentes, a fin de poder, sacar provecho de las informaciones estadísticas y de otro tipo en torno a las necesidades de las diversas categorías de minusválidos y a los servicios ofrecidos a los deficientes en los diferentes países."*

No podríamos esperar el progreso científico de la educación especial, concentrando únicamente la atención en los casos individuales sin tratar de generalizar y esclarecer lo que puede haber de universal en nuestros modos de acercamiento, ya que la educación a este tipo de niños varían, no solamente de un país a otro, sino de una zona a otra de un mismo país.

Las investigaciones recientes que ponen el acento en lo que el niño deficiente puede hacer más que en lo que no puede, han abierto nuevos horizontes, para la educación y para los padres mismos; comprendiendo cada vez más que en el campo de la educación especial, la frecuencia de los fracasos es menos imputable a las deficiencias de los alumnos que a la insuficiencia de los métodos.

## **II.2.- HISTORIA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL**

A lo largo de la historia se han desarrollado distintas concepciones y actitudes respecto de las diferencias individuales de todo tipo, entre ellos hacia las discapacidades físicas, sensoriales o intelectuales. Estas concepciones se han reflejado en la forma que se ha programado la educación de estas personas; desde actitudes de eliminación y rechazo social hasta pasar a actitudes de sobreprotección y segregación, lo cual ha influido en la concepción social que se tiene de la misma.

En diferentes periodos históricos se han representado de distintas maneras a las personas con discapacidad. Se distinguen cuatro periodos históricos que son:

**DE LA ANTIGÜEDAD AL SIGLO XVIII:** Este periodo se caracteriza por un desconocimiento, rechazo y exclusión de los "discapacitados" pero también por el reconocimiento de la capacidad de aprendizaje de estas personas y en consecuencia, por el desarrollo de los primeros métodos especiales de enseñanza.

En la medida en que las sociedades fueron adquiriendo formas de organización más complejas, se desarrollaron también diferentes grados de conciencia social y de trato respecto de las personas con desventajas. (Capacce y Lego, 1987; Frampton y Grant, 1957).

Según comenta Puigdellivol (1986), son comunes en los tratados de historia las referencias de prácticas sociales infanticidas asociadas a las anomalías que presentaban los niños al nacer. Sin embargo, comenta el autor, que ello no quiere decir

que el infanticidio afectara especialmente a este tipo de niños, pues estaba extendido a la infancia en general, influido por una gran cantidad de variables, como el sexo, las niñas eran eliminadas con mayor frecuencia, el infanticidio, relacionado con los hijos ilegítimos fue un fenómeno muy común en la Edad Media y perduró hasta el siglo XIX.

El grupo de personas "discapacitadas" menos comprendido y el que recibió peor trato social fue el de los "mentalmente retardados", ya que en las diferentes culturas de la antigüedad fueron objeto de abandono, burla, rechazo y persecución. En el caso de que lograran sobrevivir, su destino era ser eliminados o sacrificados, pues se consideraba que sobre ellos había caído el enojo de los dioses. En la Roma decadente fueron tolerados y utilizados como esclavos y bufones, y con el cristianismo se les brindó cierta compasión, pero con frecuencia se les consideraba como poseídos (Frampton y Grant, 1957).

En términos generales, la educación para las personas con discapacidad era impensable en estas culturas, aún en las más desarrolladas y tolerantes.

A partir del Renacimiento, el hombre se convirtió en la preocupación central de la filosofía y la visión del mundo empezó a cambiar, los valores de la religión cristiana fueron desplazados por una visión más antropocéntrica del mundo.

El nuevo concepto sobre el hombre surgido en el Renacimiento se reflejó en la importancia que algunos dieron a la educación general y en el interés por la educación de las personas con discapacidad. Así se desarrollaron, desde el siglo XVI hasta fines del siglo XVIII, los primeros métodos y experiencias que demostraron la posibilidad de educar a estas personas. Iniciándose experiencias institucionales para la educación de las personas con discapacidad en diferentes partes de Europa. Pero es con Edouard Seguin (1812-1880) conocido como el "apóstol de los idiotas", con quien se inició en Francia lo que formalmente se denomina educación de deficientes mentales, siendo el creador de una pedagogía para la enseñanza de los "idiotas" (Puigdemívil, 1986).

**EL SIGLO XIX Y LA CREACIÓN DE INTERNADOS:** Durante el siglo XIX se mantuvo la idea de que los internados o asilos eran los lugares idóneos para las personas con alguna discapacidad (mental, física, sensorial), se crearon muchos hogares-asilos para la educación de niños con discapacidad intelectual; por ejemplo, de 1846 a 1881 se crearon en Inglaterra 35 instituciones para atender a estos niños (Frampton y Grant, 1957).

La organización de los internados obedecía a diferentes modelos, como el modelo médico, en donde los doctores y enfermeras supervisaban la vida de los internos; éstos residían en el hospital y eran considerados como pacientes. La recreación era considerada terapia recreativa y la escuela terapia educacional. Se les consideraba como enfermos, y se les cuidaba para evitar riesgos. (Toledo, 1981).

En el caso de la discapacidad intelectual, se admitía que los niños que la padecían eran capaces de aprender, pero debían estudiar en internados, en instituciones apartadas del resto de la población y separados de sus familias y de su comunidad desde edades tempranas. Por ello esta etapa se conoce como la era de las instituciones. El principio que regía la enseñanza de estos alumnos con discapacidad era el de compensar las

deficiencias sensoriales con el fin de que pudiesen regresar al mundo de los "no discapacitados" (Gearheart y Weishahn, 1976).

No obstante algunos grupos defendían la creación de escuelas especiales, o de clases especiales dentro de las escuelas regulares, sin alejar a estos niños de sus familias; a fines del siglo XIX, Alexander Graham Bell propuso organizar clases especiales en las escuelas públicas para atender a los niños sordos, ciegos y deficientes mentales (Toledo, 1981).

Cabe mencionar que desde entonces, en México, se trataba de dar respuesta a las necesidades educativas de las personas con alguna discapacidad, iniciándose formalmente la historia de la educación especial en México con la fundación, en 1867, de la Escuela Nacional para Sordos y tres años más tarde, la Escuela Nacional de Ciegos.

**LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL DE FINES DE SIGLO XIX HASTA MEDIADOS DEL SIGLO XX:** Desde principios de siglo hasta la década de los sesenta dominó una concepción organicista y psicométrica de las discapacidades. Se consideraba que la causa de toda discapacidad era de tipo orgánico, que se producía al comienzo del desarrollo y era difícilmente modificable. En esta concepción era muy importante la clasificación de los trastornos, por lo que se elaboró una organización de categorías de trastornos que fue ampliándose y especializándose con el tiempo.

Las consecuencias de tal concepción fueron la necesidad de una detección más precisa de los trastornos, lo que llevó a desarrollar pruebas e instrumentos de evaluación y la atención especializada derivada de esta forma de evaluación, lo cual implicaba un tratamiento distinto y separado y una educación también distinta y separada de la escuela común (Marchesi y Martín, 1990).

En el terreno educativo, esta etapa se caracterizó por el reconocimiento de que los sujetos con discapacidad eran educables, y que la respuesta educativa apropiada era la apertura de escuelas especiales con una organización similar a la de las escuelas regulares.

En el caso de las discapacidad intelectual las pruebas psicométricas permitieron la clasificación de la inteligencia y con ello la posibilidad de ofrecer una respuesta educativa a los niños considerados "retrasados". Fueron dos los tipos de alumnos que albergaron las escuelas especiales: los que tenían discapacidad sensorial o física evidente (ciegos, sordos y con problemas de desplazamiento) y los que no tenían este tipo de problemas pero manifestaban un ritmo de aprendizaje más lento que el de sus compañeros. Estos últimos se consideraron "fuera de la normalidad" en un medio escolar estándar pensado para una población homogénea o "normal" (García Pastor, 1993; Toledo 1981)-

El concepto de "normalidad" en el aprendizaje estaba relacionado, con la capacidad intelectual, la cual sólo podía medirse con instrumentos para evaluar la inteligencia. Uno de los promotores de este enfoque a principios de siglo fue el francés Alfred Binet quien, junto con Theodore Simón, desarrolló los primeros tests psicométricos.

La solución que ofreció Binet a la gran diversidad de alumnos en los grupos escolares fue la homogeneización de estos grupos a partir de la evaluación de la inteligencia. Recurrió a la

noción de "normalidad" en términos de rendimiento y de características promedio que presentaban los niños en relación con su edad. La "anormalidad" se consideró en términos de la distancia con respecto a esas características promedio esperadas de acuerdo con la edad. Binet estableció que un alumno con "insuficiencia mental se caracteriza por la lentitud de sus conceptos, la dificultad para expresarse, el no alcanzar la abstracción y la imposibilidad de elevarse hacia las ideas generales" (Binet 1985) Por esto consideró necesario el diagnóstico de la inteligencia como paso para derivar a los niños al tipo de escuela que requerían.

La escuela especial fue entonces la respuesta educativa para alumnos con inteligencia "límitrofe" o "baja". En virtud de lo anterior, los test de inteligencia se utilizaron para diseñar los planes terapéuticos. La preocupación central se refería a los procedimientos que debían utilizarse para determinar a qué centro educativo debía ir el alumno, ajustar los programas y cómo aplicarlos.

Gómez-Palacio plantea que la gran aceptación de las pruebas de inteligencia estandarizadas influyó en la elaboración de programas escolares y contenidos curriculares a nivel internacional, afirma que la estandarización de los contenidos escolares trajo consigo otro fenómeno generalizado: la reprobación. Consolidándose la idea de que algunos niños no estaban capacitados para asistir a la escuela, aceptándose cada vez más opiniones como las de Binet y Terman, en el sentido de que la solución para estos alumnos era la escuela especial. Así llegó a considerarse la educación especial como la instancia necesaria para el "tratamiento" de los niños con discapacidad sensorial y un ritmo de aprendizaje más lento (Toledo, 1981).

La institucionalización de la educación especial se extendió a México durante este periodo y se establecieron servicios y centros de formación para maestros:

- ❖ En 1914 se creó una escuela para débiles mentales en Guanajuato.
- ❖ Entre 1919 y 1959 se crearon diferentes instituciones, sobre todo para atender a personas con deficiencia mental.
- ❖ En la década de los treinta se creó el Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar con el fin de estudiar el desarrollo físico y mental de los niños.
- ❖ En 1935 se incluyó en la Ley Orgánica de Educación un apartado referente a la protección por parte del Estado hacia las personas con deficiencia mental.
- ❖ En 1931 se planteó la necesidad de institucionalizar la educación especial y en 1941 se elaboró el Proyecto de Reforma de la Ley Orgánica de Educación.
- ❖ Entre 1954 se creó la oficina de Coordinación de Educación Especial, dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigaciones Científicas, dedicada a la atención temprana de los niños con deficiencia mental.
- ❖ Entre 1960 y 1966 se crearon otras diez escuelas de educación especial en el Distrito Federal y doce en el interior del país (Benbassat, 1994)

**LA TRANSICIÓN HACIA LA NORMALIZACIÓN DE LA DÉCADA DE LOS SESENTA A LA ACTUALIDAD:** Desde fines de los años cuarenta surgieron diferentes movimientos internacionales y nacionales en pro de los derechos de las personas "discapacitadas". A partir de la década de los sesenta surge una manera diferente de concebir la discapacidad, que se denomina "corriente normalizadora". Este nuevo enfoque defiende los derechos de las personas con discapacidad a llevar una vida tan común como el resto de la población en

todos los ámbitos; familiar, escolar, laboral y social. La estrategia para el desarrollo de esta filosofía se denomina integración.

Son muchas las condiciones que se deben conjuntar para alcanzar la meta de integrar a las escuelas y aulas regulares a los alumnos con discapacidad; éstas son cambios legislativos, apoyo de las autoridades educativas, cambios en la organización de los centros escolares, cambios en las actitudes de todos los implicados en el ámbito educativo, transformación de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Para promover estos cambios es importante generar las condiciones que permitan que los niños aprendan de acuerdo con sus potencialidades. Es a partir del principio de normalización y de las declaraciones universales sobre el derecho a la educación, lo que hizo posible el cambio en la manera de concebir las deficiencias y la educación de los "deficientes".

Wolfensberger define la normalización como "la utilización de medios tan normativos como sea posible, de acuerdo a cada cultura, para conseguir o mantener conductas o características personales tan cercanas como sea posible a las normas culturales del medio donde viva la persona". Según Toledo (1981), el significado de la normalización puede entenderse a partir de las ideas de Nirje. Para este autor la normalización significa llevar un ritmo de vida como el de la mayoría de las personas. Un ritmo de vida anual, con tiempo de estudio, de trabajo y de vacaciones. Normalización significa vivir experiencias personales de acuerdo con el ciclo de vida: estudio en la niñez, preparación e interés por la persona durante la adolescencia, trabajo y responsabilidades en la adultez, que es uno de los principios importantes para considerar por parte de los padres, para un cambio en la percepción de la discapacidad.

La UNESCO ha promovido a escala internacional la práctica de la integración educativa, a la que se sumaron, a partir de 1980, España y algunos países de América del Sur. En México se encuentran antecedentes de esta práctica integradora desde mediados de la década de los setenta, en donde se implementaron los Grupos Integrados con la finalidad de apoyar a los niños con problemas de aprendizaje en la adquisición de la lengua escrita y las matemáticas en el primer grado, de manera que permanecieran en la escuela regular.

A principio de los ochenta, la Dirección General de Educación Especial (DGEE) incluyó entre los principios rectores de su política la normalización, la individualización de la enseñanza y la integración. Actualmente en el contexto de la Modernización Educativa, se ha establecido una serie de cambios en la educación básica nacional que sirven de marco a la integración educativa, las cuales son: la reforma del artículo 3° de la Constitución, el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica y la Ley General de Educación, que en su artículo 41 manifiesta una clara orientación hacia la integración de los alumnos con discapacidad en las escuelas regulares (SEP/DEE, 1994)

A partir de estos cambios se ha planteado la reorganización de los servicios de educación especial según la tendencia integradora. Las escuelas de Educación Especial se transforman en Centros de Atención Múltiple (C.A.M) y se han propuesto las unidades de Apoyo a la Educación Regular (USAER) como la instancia técnico-administrativa que promueva los apoyos técnicos metodológicos en la atención a los niños con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad.

En cuanto al concepto de Deficiencia Mental (Discapacidad Intelectual) se han establecido múltiples definiciones desde muchos puntos de vista y es importante para fines de este trabajo hacer una revisión conceptual sobre el término Discapacidad Intelectual.

### II.3.- DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La existencia de niños y adultos diferentes al resto de los individuos en cuanto a sus habilidades y capacidades ha sido un fenómeno innegable en las diversas sociedades. El hecho de su presencia ha generado en las ciencias del hombre, como en la psicología, el estudio de ésta problemática al ubicarlas como individuos que demandan una atención especial en educación, salud y condiciones generales de vida.

El presente capítulo tiene la finalidad de exponer algunos aspectos generales de la discapacidad intelectual, tanto en el desarrollo, como en su definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento. En la historia de la humanidad han existido un gran número de niños y niñas que se distinguen por sus desventajas a nivel mental, físico, emocional o conductual del resto de la población.

El concepto de "Deficiencia Mental" ha ido evolucionando a través del tiempo; hasta hace unos años se consideraba al sujeto con Deficiencia mental como a un ser ineducable lo que hacía difícil su integración al medio social.

En México se utilizó en un principio el término Debilidad Mental que corresponde a la clasificación de oligofrenia, vocablo con que inicialmente se denominó el problema. A partir del IV Congreso de Rehabilitación del Inválido, celebrado en la Ciudad de México en agosto de 1962, en el cual se presentó un "panel" sobre Deficiencia Mental, quedó aceptado el término Deficiencia Mental que ha identificado a la educación de niños que presentaban deficiencia mental, hoy llamados con Discapacidad Intelectual.

A lo largo de la historia se han dado una serie de definiciones de la Discapacidad Intelectual (deficiencia Mental), de las cuales es importante en el planteamiento de este trabajo, hacer una reseña, hasta llegar a definirla desde un enfoque social, que para fines del trabajo terapéutico con padres que tienen este tipo de hijos es significativo, para su aceptación.

A principios del siglo XIX, los creadores de lo que se considera la primera escuela de Evaluación de la inteligencia, definen a la deficiencia mental en los siguientes términos:

- **BINET Y SIMÓN.-** *Todo niño que no llega a comunicar verbalmente su pensamiento ni comprende el pensamiento expresado por los demás a pesar de no sufrir trastornos específicos de la audición o de los órganos aprensores (1916), se considera débil mental; el niño que no sabe comunicarse con sus semejantes por la palabra y la escritura, pero que muestra en el curso de sus estudios un retraso de dos años si es menor de nueve o de tres si es mayor de nueve, sin que este retraso sea debido a una escolaridad insuficiente.*
- **MAYER-GROSS, SLATER Y ROTH.-** *Opinan que la Deficiencia Mental es "el estado de desarrollo mental disminuido que se presenta desde el nacimiento en la infancia, caracterizado por la limitación de la inteligencia.*



- **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.-** Todo funcionamiento intelectual por debajo del promedio general que se origina durante el periodo de desarrollo asociado con la alteración de la conducta y adaptación debida a un padecimiento del sistema nervioso central.
  
- **MANUAL DIAGNÓSTICO ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-III.-** Este manual utiliza el término Retraso Mental para definir la Deficiencia Mental de acuerdo con la terminología y clasificación de la Sociedad Americana de Minusválidos (mental Deficiency) "Los síntomas esenciales del Retraso Mental son: capacidad intelectual muy por debajo del promedio, dando lugar o estando asociada con déficit o deterioro de la conducta adaptativa, y comienza antes de los 18 años." Se indica también que la capacidad intelectual en general se define como Cociente Intelectual (IQ) nomenclatura usada internacionalmente para designa el Cociente Intelectual (C.I) obtenido mediante la evaluación a través de un test general de inteligencia administrado individualmente.  
Señalan cuatro subtipos que reflejan el grado de déficit intelectual Fronterizo CI de 70 a 76, Leve CI de 50 a 70, Moderado CI de 35 a 49, Grave CI de 20 a 34, y Profundo Inferior a 20. El retardo mental leve equivale a la categoría pedagógica de "educable". Los individuos con este nivel pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante el periodo preescolar y escolar; tienen un mínimo deterioro en las áreas sensitivo motoras y pueden aprender habilidades académicas hasta el nivel de primaria.
  
- **JARE MERCER.-** Él propone una definición desde el punto de vista sociológico. Señala que son aquellos individuos que no logran llenar las expectativas que se han asignado al estatus específico de su condición y para los cuales hay que reformular un estatus especial.
  
- **DICCIONARIO DE LA LENGUA CASTELLANA, EDITORIAL PORRA 8ª EDICIÓN, MÉXICO.-** Se establece que Deficiencia Mental significa "defecto o imperfección de funciones cerebrales más amplias que las exclusivamente de la inteligencia".
  
- **MTRA. GUADALUPE MÉNDEZ GRACIDA.-** En un intento por unificar el concepto de Deficiencia Mental se adoptó la siguiente definición que aparece en el Reglamento Interno de las Escuelas de Educación Especial en México, de diciembre de 1967 de la Coordinación de las Escuelas de Educación Especial, bajo la dirección de la maestra Guadalupe Méndez Gracida: "La Deficiencia Mental es un estado producido por una alteración en el desarrollo de las actividades cerebrales, que determinan una insuficiencia integrativa de la personalidad, dando como resultado una inadecuada adaptación social".
  
- **DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO.-** Definió a la Deficiencia Mental.- "Un sujeto se considera Deficiente Mental cuando presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo, acompañada de alteraciones de la conducta adaptativa".  
En la Guía Curricular en 1980 aparecen los siguientes criterios en relación con la clasificación y ubicación del deficiente mental. En el proceso educativo la Deficiencia Mental no sólo es una alteración que afecta el comportamiento intelectual, sino que se

*manifiesta en todas las expresiones de la personalidad. La intencionalidad educativa está centrada en la formación integral a través de una amplia gama de alternativas, de acuerdo con las posibilidades del sujeto y en una secuencia que abarque todas las etapas de formación.*(R.Elena Sevilla "Educación del Deficiente Mental en México, Sociedad Mexicana para el Estudio Científico de la Deficiencia Mental., 1998. p.p 79-93)

El Deficiente Mental es un ser cognitivamente diferente y tiene la necesidad de una permanente ayuda de otros, si bien su estructura intelectual es diferente no quiere decir que no pueda participar en diversos ámbitos de la vida humana. Cabe decir que en el desarrollo del potencial del sujeto Deficiente Mental los factores socioculturales son de gran importancia, ya que junto a los factores biológicos y hereditarios, los aspectos afectivos y sociales tienen gran influencia y puede favorecer o no su desarrollo, y dentro de esto se encuentra la escuela que debe de adaptarlo a su medio y su familia.

Es importante mencionar que a partir de 1930 cuando se descubre que la herencia, no es la única causa que provoca la Deficiencia Mental, se abre un camino hacia la educación del sujeto que nos ocupa, además los adelantos pedagógicos logran demostrar que es posible su adaptación y que las conductas antisociales no dependen de la Deficiencia Mental de un sujeto, ya que el ambiente social es determinante, esta actitud fue favorecida con el seguimiento que interesados en este campo hicieron a Deficientes Mentales desde su infancia hasta la edad adulta llegando a la conclusión que pueden ser sujetos productivos integrados a su núcleo social.

Actualmente muchas concepciones de la Discapacidad Intelectual aún llevan latente una carga de prejuicios, sin embargo se ha superado el concepto de ineducable que era un obstáculo para el desarrollo de sus potencialidades, cabe decir que en el desarrollo del potencial del sujeto con Discapacidad Intelectual los factores socio-culturales son de gran importancia, ya que junto a los factores biológicos y hereditarios, los aspectos afectivos y sociales tienen gran influencia y pueden favorecer o no su desarrollo. Así, en lo que respecta a la educación de los niños(as) con discapacidad, existen grandes posibilidades de intervención para lograr que desarrollen sus potencialidades.

---

A pesar de la transición histórica acerca de la definición de la discapacidad intelectual; resulta evidente que a la fecha sigamos cuestionando sobre el significado de la discapacidad; esto es más relevante cuando se trata de los padres del grupo atendido puesto que sus hijos son los que presentan este tipo de discapacidad.

Para intentar responder a este significado, necesitamos de un contexto más preciso; tendremos que especificar dónde, cuándo, porqué y bajo que circunstancias vive alguien con una discapacidad. Es claro que el tipo de discapacidad, el grado de severidad, el momento en que se haya realizado el diagnóstico y la intervención terapéutica, la calidad de los servicios recibidos, tendrán un peso importante en cuanto al significado que se otorgue a la discapacidad y la forma en cómo estos padres viven la discapacidad con sus hijos.

En la mayoría de los casos, en nuestros días, es difícil intervenir para curar la discapacidad, lo cual no quiere decir que se tenga que asumir esto como una situación fatal, no modificable. Aún cuando no es posible curar la discapacidad, es mucho lo que

se puede hacer para que el entorno en que vive el sujeto que la presenta favorezca el desarrollo de sus capacidades, así, por lo menos en lo que se refiere a la educación de los niños y niñas con discapacidad, hay grandes posibilidades de intervención para lograr que desarrollen sus potencialidades.

Lo importante del significado que le damos a la discapacidad es la relación que se establece entre el significado que se atribuye a las situaciones o personas y la manera en que actuamos ante ellas. En este sentido una representación rígida y parcial, centrada en la discapacidad, puede llevar al prejuicio; en cambio una concepción más integral, centrada tanto en el ambiente como en la persona que presenta una discapacidad, puede conducir a una actitud flexible y de aceptación.

"Así pues, el significado social de la discapacidad se ha abordado a partir de tres componentes que conforman el concepto de actitud: el cognitivo, el afectivo y el conductual:

**El componente cognitivo de la actitud;** es lo que se piensa que es la discapacidad, son creencias o conceptos que pueden caracterizarse en sentido negativo o positivo.

**El componente afectivo de la actitud;** tiene que ver con la valoración que se hace de la discapacidad y con los sentimientos y afectos que se ligan a esta valoración.

**El componente conductual de la actitud,** se refiere a la manera en que se dan las interacciones en las situaciones de intercambios específicos." (Curso Nacional de Integración Educativa SEP).

Es así, como las interacciones sociales están influidas en gran medida por la manera en que las personas se perciben mutuamente, las etiquetas influyen en las percepciones y la conducta tanto de las personas con discapacidad como de quienes interactúan con las personas con discapacidad. Por esto es importante reflexionar sobre la manera en que concebimos las diferencias, la discapacidad, y cómo se manifiestan en la interacción cotidiana. En la medida en que se favorezca la construcción de un significado más positivo de la discapacidad se estará favoreciendo la adaptación social de todos los entornos de la comunidad, para beneficio de los alumnos y de sus padres.

Por lo tanto es necesario señalar que para evitar los estereotipos y las categorías de clasificación se deben destacar las cualidades de las personas con discapacidad y favorecer así una percepción positiva y realista de las mismas, ya que de lo contrario se tiende a percibirlos en función de sus limitaciones, que son las más fáciles de detectar.

Autores como Bijou(1975) y Ribes (1976) mencionan que el desarrollo psicológico debe ser entendido como la adquisición sucesiva de nuevos repertorios conductuales o formas de conductas cada vez más complejas cualitativa y cuantitativamente por parte del individuo y en función de factores orgánicos, físicos y sociales. A partir de eso Bijou sugiere el concepto de retardo en el desarrollo para sustituir al de retardo mental de la psicología tradicional y para explicar las deficiencias de la conducta infantil. Así mismo plantea que el retardo debe conceptualizarse como un problema funcional.

Se puede mencionar que todos los planteamientos trabajan bajo constructos hipotéticos como "mente", "inteligencia", "cerebro", "memoria", etc., para la explicación de la discapacidad intelectual, además de que se presentan incompletas, debido a que no

retoman la importancia que tiene el desarrollo psicológico, ni explican los factores que actúan en el mismo, de igual forma no toman en cuenta el medio ambiente del individuo que es de suma importancia por los porcentajes de sujetos que no tienen problemas biológicos determinados, y que por consiguiente los problemas de retraso son debido a las interacciones con su medio.

La discapacidad intelectual no es algo que se tiene, como los ojos azules o un corazón frágil. Tampoco es algo que se es, como ser bajo o delgado. No es un trastorno médico aunque se haya codificado en una clasificación médica de las enfermedades (ICD-9, Organización Mundial de la Salud, 1978). Tampoco es un trastorno mental aunque se haya incluido en una clasificación de los trastornos psiquiátricos (DSM-III-R, Asociación Americana de Psiquiatría, 1987). La discapacidad intelectual se refiere a un estado concreto de funcionamiento que comienza en la infancia y en el que las limitaciones intelectuales coexisten con limitaciones asociadas en habilidades adaptativas. Supone un planteamiento sobre el funcionamiento, que describe el ajuste entre las capacidades del individuo y la estructura y expectativas de su entorno personal y social. Discapacidad Intelectual no es sinónimo de etiología. En otras palabras, la etiología no es un destino.

El modelo conceptual para definir el retraso mental no es un modelo médico; tampoco es un modelo psicopatológico, es por ello que la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) introduce un modelo funcional como base conceptual para definir el retraso mental en la actualidad.

La definición de la AAMR de 1959 incluyó formalmente la importancia del funcionamiento (Heber, 1959). La definición plantea que el requisito de que un "funcionamiento inferior a la media debe reflejarse en deficiencias en uno o más de los siguientes aspectos del comportamiento adaptativo (maduración, aprendizaje y ajuste social", reconoció que la existencia de limitaciones intelectuales no era suficiente para diagnosticar el "retraso mental". Estas limitaciones deben dar lugar a una definición funcional en la conducta adaptativa para poder hablar de retraso mental.

La definición de retraso mental de la American Association on Mental Retardation dice: **"El retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años"**.

Para poder aplicar la definición deben tomarse en consideración las cuatro premisas siguientes:

- ❖ Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural lingüística, así como las diferencias en los modos de comunicación.
- ❖ Las limitaciones en habilidades adaptativas se manifiestan en entornos comunitarios típicos para los iguales en edad.
- ❖ Junto a limitaciones adaptativas específicas existen a menudo capacidades en otras habilidades adaptativas.

- ❖ Sí se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con "retraso mental" mejorará generalmente.

(Verdugo y Jenaro, 1997)

Así pues, el retraso mental se define como una dificultad esencial para el aprendizaje y ejecución de algunas habilidades de la vida diaria. Las capacidades personales donde deben existir limitaciones sustanciales son la inteligencia conceptual, la inteligencia práctica y la inteligencia social. El funcionamiento intelectual inferior a la media se define como una puntuación promedio del coeficiente intelectual (C.I) de aproximadamente 70-75 o menor. Estos datos deben ser revisados por un equipo multidisciplinar y validados con las puntuaciones obtenidos en otros tests.

Las habilidades adaptativas mencionadas en la definición son indispensables para desenvolverse con éxito en la vida; estas habilidades pueden variar con la edad cronológica y ésta evaluación debe tener en cuenta este criterio, ya que el "retraso mental" se manifiesta antes de los 18 años. (AAMR). Por lo anterior algunas de las capacidades de las personas pueden ser relativas más que absolutas.

Por último si se ofrecen los apoyos apropiados, el funcionamiento en la vida de las personas con retraso mental "mejorará" generalmente.....Los apoyos apropiados hacen referencia a una serie de servicios, individuos y lugares que pueden dar respuesta a las necesidades de la persona. En teoría todas las personas con "retraso mental" pueden mejorar su desenvolvimiento como resultado de unos apoyos y servicios eficaces. Esta mejora les posibilitará ser más independientes y productivos y estar más integrados en su comunidad.

Esta definición difiere de definiciones previas en que se reconoce la importancia del entorno y su impacto en el funcionamiento, se destaca la relación entre las limitaciones intelectuales y las habilidades adaptativas, las influencias del entorno en el impacto de estas limitaciones y las intensidades de apoyo necesarias para mejorar el funcionamiento de la comunidad.

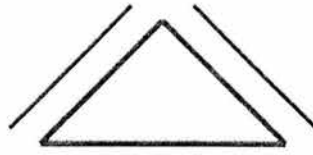
El retraso mental no es un rasgo, más bien es un estado de funcionamiento deficiente en ciertos aspectos concretos, la descripción de este estado de funcionamiento requiere conocer sus capacidades y comprender la estructura y expectativas de su entorno personal y social.

Se evalúa un entorno de acuerdo a las oportunidades que ofrece para incrementar la independencia/interdependencia, productividad, integración comunitaria y satisfacción de la persona, esta es la importancia de los entornos para promover el crecimiento y desarrollo personal.

Los elementos clave de la definición de retraso mental son **capacidades (o competencias), entornos y funcionamientos.**

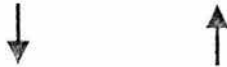
## ESTRUCTURA GENERAL DE LA DEFINICIÓN DE RETRASO MENTAL

**CAPACIDADES**  
❖ INTELIGENCIA  
❖ HABILIDADES  
ADAPTATIVAS



**ENTORNOS**  
\*HOGAR  
\*ESCUELA /  
TRABAJO  
\*COMUNIDAD

**FUNCIONAMIENTO**



**APOYOS**

El modelo trata de reflejar que la interacción entre ambos es esencial en el concepto de retraso mental; las necesidades de apoyo son un reflejo del funcionamiento de la persona y la presencia o ausencia de apoyos puede influir en el funcionamiento.

Las capacidades del individuo se describen en la teoría de la competencia general como aquellos atributos que capacitan a una persona para funcionar en la sociedad (Greenspan, 1979, 1981, 1990). La capacidad personal más relevante para la definición "retraso mental" es la inteligencia conceptual, que abarca tanto la cognición como el aprendizaje. Los aspectos de competencia social más relevantes para definir este son los intelectuales que comprenden tanto la inteligencia práctica como la social; ambas constituyen capacidades humanas fundamentales que conforman las bases de las habilidades adaptativas.

En resumen de acuerdo con estos conceptos, el "retraso mental" es una condición en la que existen limitaciones en inteligencia conceptual práctica y social, por lo tanto no es un estado de incompetencia global. El "retraso mental" está presente cuando aparecen limitaciones intelectuales específicas que afectan a la habilidad de la persona para dar respuesta a los desafíos ordinarios de la vida diaria. Esto supone relativizar la importancia de las limitaciones intelectuales, relacionando su significatividad con las demandas del entorno.

El "retraso mental" también refleja las alteraciones en el proceso de crecimiento y desarrollo cognitivo, las personas con "retraso mental" difieren de las demás básicamente en el ritmo de desarrollo cognitivo y en el nivel de funcionamiento intelectual (Zigler y Hodapp, 1986).

El concepto multidimensional de esta definición de retraso mental requiere evaluar el funcionamiento psicológico y conductual. Una evaluación clínica global de la enfermedad mental en personas con retraso mental requiere basarse en múltiples fuentes de información multidisciplinar como entrevistas, observación conductual en ambientes cotidianos, entrevistas al cliente, evaluación psicométrica; incluyendo el desarrollo de habilidades sociales, personalidad y conducta adaptativa y evaluaciones médicas; ya que el

reto es convertir el proceso de asignar una etiqueta a las personas que presentan una discapacidad en algo más flexible y libre.....

Esta definición de la American Association on Mental Retardation permite en este trabajo; la visualización, por parte de los padres de familia que conforman el grupo, de un enfoque social de la discapacidad intelectual; lo cual les permitirá rescatar las potencialidades de sus hijos en otras habilidades adaptativas y en gran medida aceptar las características de sus hijos con otra visión que les lleve a enfrentarse a las exigencias de una sociedad.

Así como es importante conocer las características del ámbito educativo donde se desenvuelven los hijos con discapacidad intelectual del grupo de padres trabajado, también es importante conocer las características de este tipo de padres y las etapas que atraviesan desde que reciben este diagnóstico, lo que se plantea en el siguiente capítulo.

### CAPÍTULO III: CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES QUE TIENEN UN HIJO(A) CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

“TODOS LOS NIÑOS SON ESPECIALES,  
EL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL  
ES EN UN MODO PARTICULAR”

Es difícil concebir un dolor tan profundo como la llegada a la familia de un hijo con discapacidad. Tantos sueños se vienen abajo de golpe; existe una variedad de reacciones fantasmáticas de la maternidad y paternidad cualquiera que sea la madre o el padre, la llegada de un niño no corresponde exactamente a lo que ellos esperan. Después de la experiencia del embarazo y el parto, debería llegar la compensación que hiciera de ella y él una madre y un padre feliz.

“Luego del dolor llega, como es inevitable en la criatura humana, el tener que retomar la vida de todos los días ¿Qué llenará entonces la prosa de cada día?. Muchos hombres escapan, la sociedad los ha encasillado, hace ya demasiados siglos, como los proveedores del hogar. La evasión los lleva a refrendarse como tal.....

Un día, extraño para su mujer, el hombre abandona el hogar que ya no es tal. No será más que proveedor.

No sucede siempre así. A veces ese padre ha cobrado conciencia profunda de que el amor a la compañera es más fuerte que las exigencias del éxito profesional. Se ha dado cuenta de que en esta sociedad centrada en la productividad y en la eficiencia, en resultados mensurables, sólo identificarse y reconocerse en el otro, saber que al otro le pasa lo mismo, lo hace verdaderamente persona. Nuestra real vocación de ser, precisamente, personas.

Entonces el padre mira a su hijo, a su hija con otros ojos, pronto, mucho más de lo que él hubiera esperado, esos ojos se revierten en los suyos. Ahora regresarán los sueños, las ilusiones, ahora ya nunca más su hijo, su hija serán, para él, objetos de comparación. Son perfectamente acabados en sí mismos y le han dado un sentido superior a su vida. Ahora todos sus actos tienen sentido. [...] el encuentro con otros padres que han tenido una experiencia similar y que los llevará a descubrir lo que los hombres de antaño no necesitaban descubrir, o sea, el calor humano de necesitar al otro”.....( Prieto,1999)

Este pequeño relato nos muestra la importancia de conformarse como grupo de padres que tienen un hijo(a) con discapacidad intelectual ya que la compensación que se espera ante la llegada de un hijo es mucha y cuando existe ausencia de esa compensación se producen efectos que merecen ser considerados.

Abordar el tema de la familia adquiere relevancia dado que independientemente del grupo social y del periodo histórico en que se ubique, ésta es la intermediaria entre el individuo y la sociedad. Constituye el lugar en donde se desarrolla el niño, donde se experimentan los primeros encuentros interpersonales y las relaciones afectivas; es el ambiente familiar el que proporciona al individuo los elementos fundamentales para conformar su personalidad:



"Es en esencia, un marco humano y cultural en el cual se pretende optimizar el desarrollo físico, cognitivo y social del hombre" (Leñero, 1986).

Sin embargo cuando un miembro de la familia requiere de educación especial (por presentar discapacidad intelectual) la dinámica familiar sufre alteraciones en sus roles, comunicación, expresión de afectos, normas, de no ser superados repercuten en uno de las funciones específicas de la familia como lo es la educación y la socialización.

En la familia del niño con discapacidad intelectual se manifiestan una serie de actitudes que a lo largo del capítulo se irán desglosando una a una, por ejemplo inactividad, decepción y auto recriminación que van vinculados con sentimientos de temor, dolor, decepción, duda, culpabilidad, confusión y de una sensación de incapacidad y de impotencia que están íntimamente relacionados, como anteriormente se dijo con las expectativas en cuanto al nacimiento de su hijo, la relación con su pareja y demás miembros de la familia, los diagnósticos recibidos y la respuesta que del entorno social recibe la familia (evasión, compasión, rechazo y agresión).

Así pues, las familias son los agentes más apropiados dentro de la sociedad para transmitir las competencias humanas de generación en generación. La familia extensa y los servicios de la comunidad apoyan este núcleo, es por ello la importancia del trabajo grupal terapéutico con estos padres que tienen un hijo(a) con discapacidad intelectual; para que estos realicen sus funciones durante el ciclo vital familiar, teniendo en cuenta la particular forma de ser de la familia que viene dada por las reglas que rigen la interacción de todos sus miembros.

Cuando las familias tienen algún miembro con discapacidad intelectual, todos los componentes de la familia nuclear y extensa y los servicios sociales se verán afectados. Estas familias se encuentran con unas demandas y necesidades especiales de educar a un niño con discapacidad intelectual.

Los efectos de este hijo en la unidad familiar son conflictivas. Mientras algunas familias salen fortalecidas de esta experiencia, otras manifiestan un estrés tal hasta el punto de llegar al divorcio o separación. Lo que varía en las familias es el grado de tales efectos, lo cual no se restringe únicamente a la relación de pareja sino que también afecta a los hermanos, a los miembros de la familia amplia y a todas las relaciones que se establecen entre ellos.

Existen pocos estudios sobre el funcionamiento de las familias con hijos con discapacidad intelectual; uno de estos estudios ha intentado analizar a la familia como un sistema, obteniendo un primer modelo, a partir del cual se puede entender empíricamente a las familias con niños con discapacidad intelectual:

Desde la Interacción Familiar existen diferentes subsistemas de la familia: "**El subsistema conyugal**. La creencia popular ha asumido que tener un niño con discapacidad intelectual puede producir más tensión en la relación marital. No obstante[...] la presencia de este hijo puede fortalecer o romper la relación del matrimonio (Farber 1960; Grath, 1977; Leyerdecker, 1982; Gath y Gunby, 1987,; Kasak, 1987; Carr, 1988).

Sin embargo existen ciertos factores tales como las características del niño disminuido y la calidad de la relación de los padres antes de la presencia del niño con discapacidad intelectual que afectan el ajuste marital.

Como señalan Cunnigham y Davis (1988), los aspectos positivos y negativos de la relación que mantienen los padres de un niño con discapacidad intelectual son más extremos que los de otra pareja con un hijo "normal". No obstante, a medida que crecen los hijos, estas relaciones se vuelven más vulnerables por las exigencias del cuidado diario y la presión sobre los recursos de la familia.

**El subsistema parental:** Los padres al saber el diagnóstico de la deficiencia pasan por una crisis, tanto el padre como la madre, aunque pocos son los estudios sobre el impacto del diagnóstico en el padre, este también muestra dolor, desespero y miedo ante esta noticia.

El hijo disminuido es una amenaza para el autoconcepto del padre y para sus valores socioculturales: independencia, competitividad y éxito. El padre es más vulnerable al estigma social de la disminución y a las influencias extrafamiliares. Cunnigham y Davis (1988, p.88) sugieren que "el nacimiento de un bebé disminuido es un shock mayor para la estructura central del rol y la propia estima del padre porque ésta se basa en valores socioculturales como la hombría, la independencia, la competitividad y el éxito".

La relación que mantiene un padre con su hijo es una relación de compañero en el juego o modelo para el niño que aparecen cuando éste tiene ya capacidades de comunicación. Este rol puede disminuir o a veces no aparecer en las familias del niño con discapacidad intelectual. El rol asumido por la madre es de cuidadora de ese hijo. Estas tienen las mayores responsabilidades sobre el hijo aunque los padres intervienen en ese rol cuando crecen. (Montse Freixa Niella "Familia y deficiencia mental" Amarú, Salamanca 1993, pp.31-33)

En general los padres tratarán de hacer revisar cien veces el diagnóstico (es decir, la afirmación del carácter casi irrecuperable de la enfermedad), de tal modo desde que nace, el bebé se convertirá en concurrente asiduo de los consultorios médicos.

La madre es 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 desaliento.

Sí el padre está vencido, resignado, si es ciego o inconsciente del verdadero drama que se desarrolla, ella, la madre, es de una terrible lucidez. Como está hecha para dar la vida, está hasta tal punto sensibilizada frente a cuanto amenace esa vida surgida de ella, que puede incluso sentirse dueña de la muerte; cuando el hijo(a) que ella ha traído al mundo le hace imposible toda proyección humana (Maud Mannoni, 1987). Desde el punto de vista psicoanalítico la enfermedad de un niño afecta a la madre en un plano narcisista: hay una pérdida brusca de toda señal de identificación y presenta por lo tanto conductas impulsivas. Se trata de un pánico ante una imagen de sí que ya no se puede reconocer ni amar. Aspectos de éste tipo veremos a lo largo del trabajo grupal aquí presentado.

La relación amorosa madre-hijo(a) tendrá, en ese caso, un trasfondo de muerte, de muerte negada, disfrazada, la mayor parte del tiempo de amor sublime; en ocasiones de rechazo consciente, pero las ideas de muerte están, en verdad ahí aunque todas las madres no puedan tomar consciencia de ello. La aceptación de ese hecho, está ligada a un deseo de

suicidio; una situación en que la madre y el hijo(a) no son más que uno. Así pues, toda ocasión que se desprecia al niño es recibida por la madre como un ataque a su propia persona.

Desde un enfoque analítico, el nacimiento de un niño para la madre es: "La revancha o el repaso de su propia infancia; la llegada de un niño va a ocupar un lugar entre sus sueños perdidos: un sueño encargado de llenar lo que quedó vacío en su propio pasado. Este niño soñado tiene por misión restablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado deficiente.

Si ese niño, cargado así de todos sus sueños perdidos llega "enfermo", esta irrupción en la realidad va a causar en la madre un shock, no solo va a despertar los traumas y las insatisfacciones anteriores, sino que impedirá, en el plano simbólico, que la madre pueda resolver su propio problema de castración" (Maud Mannoni 1987).

**El subsistema fraternal:** Este subsistema ha recibido poca atención en las familias con hijos con discapacidad intelectual. Los hermanos tienen que aprender a adaptarse y a tratar con los problemas que presenta el niño con discapacidad intelectual, estas relaciones fraternas pueden repercutir en el funcionamiento individual de los hermanos; llegan a presentar alto grado de ansiedad, sociabilidad más baja, conflicto con los padres. No obstante no es regla general que los hermanos se vean afectados adversamente, sino también con efectos positivos, por ejemplo, mayor tolerancia y comprensión hacia los demás.

**Familia extensa:** Los abuelos, a menudo experimentan una doble pena; un dolor por la pérdida del nieto esperado y un pesar por la carga para toda la vida que significa tener un hijo con discapacidad intelectual; muestran unas reacciones similares a las de los padres; negación, vergüenza, comportamiento agresivo, depresión, culpa, rechazo, aislamiento y finalmente adaptación; pudiendo entonces los abuelos ayudar a sus hijos.

Todas estas características de los subsistemas familiares pasan por diferentes estados emocionales, algunos expertos hablan de etapas por las que atraviesan los padres cuando tienen un hijo con discapacidad (en este caso discapacidad intelectual); en realidad, no hay etapas, sino una secuencia general de estados emocionales que se experimentan y el objetivo de reconocerlos es tener una mayor sintonía con las vivencias que pueden haber condicionado profundamente la relación con su hijo(a).

El nacimiento o aparición en la familia de un niño con dificultades permanentes produce un fuerte impacto. A pesar de que "no hay un patrón definido" que la identifique, se pueden señalar algunas características generales: Se da un impacto psicológico-emocional que da lugar a múltiples reacciones en los padres, las cuales son: rechazo, incredulidad, culpa, vergüenza, depresión, deseos de muerte (Wolfensberger 1967).

Se presentan cambios en la vida y acontecimientos diarios de la familia y en su propio funcionamiento e integración como: alteraciones en los ritmos de sueño, reajustes económicos, cambios en las relaciones entre los padres y otros hijos, necesidad de continuas visitas a especialistas y otros servicios, cambios en las relaciones de pareja, en las relaciones sociales, en las actitudes con la gente.

En resumen las fases del proceso de impacto son:

- ❖ Brusco impacto inicial
- ❖ Incredulidad
- ❖ Culpa, ira, ansiedad, depresión
- ❖ Preocupación por el niño
- ❖ Reorganización familiar y equilibrio.

Barberanne J. Benjamin (1992) refiere los estados emocionales como: Choque, negación, culpabilidad, enojo y aceptación.

**CHOQUE:** Trata de ese sentimiento de indiferencia en el que el padre o madre escuchan las palabras del diagnóstico saben lo que quiere decir, pero en realidad no sienten nada; es como si se encontraran flotando. Esta etapa inicial, puede ser muy breve o bien prolongarse.

**NEGACIÓN:** Otra de las reacciones típicas que experimentan algunos padres es negar que exista un problema; en ocasiones las justifican diciendo "solo está cansado", "es su manera de "ser" o bien "ya se le pasará", son manifestaciones de escape que algunos padres experimentan cuando no quieren aceptar que su hijo(a) tiene una discapacidad. Niegan que exista un problema, porque no pueden afrontar que su hijo(a) no sea perfecto.

**CULPABILIDAD:** Es otro de los sentimientos que se experimentan con frecuencia y que puede ser contraproducente y llega a agotar a los padres emocionalmente. Generalmente se sienten responsables y se culpan mutuamente del problema del niño(a). La culpabilidad es una emoción muy singular; es la base de la sobreprotección, se basa en el sentimiento arraigado de que el padre o la madre es el culpable del problema y se trata de enmendar su fracaso por no tener un niño(a) "normal".

**ENOJO:** Este enojo es otro sentimiento normal, y por muchas razones los padres están enojados. Sin embargo esos sentimientos de ira tienen como finalidad generar energía para actuar por lo que si se encausa constructivamente puede ser el inicio de apoyo a su hijo(a) con discapacidad intelectual.

**ACEPTACIÓN:** No significa que las cosas tengan que gustar tal como son; significa que los padres aceptan a su hijo(a) como un niño(a) y tal como él es. Se acepta que ese niño tiene un impedimento y que tal vez nunca será capaz de hacer todas las cosas que un niño que se desarrolla normalmente puede hacer. No obstante se está decidido a ayudar a superar los problemas que presente. (Barberanne, 1992).

De todo este proceso se deriva una reorganización familiar que conduce a la incorporación del hijo dentro del esquema de relaciones preexistentes en el marco familiar. En realidad, dicho marco se reestructura recuperando el equilibrio que unos hechos tan difíciles de digerir habían alterado. Junto a las diferencias inherentes a cada situación, cabe considerar que las etapas descritas no constituyen comportamientos cerrados. De hecho, en la mayoría de los casos, reacciones de desorientación, culpa, negación y de búsqueda activa, pueden darse con posterioridad a la consecución del reequilibrio que supone la inicial aceptación de la realidad que impone la situación de un hijo con discapacidad.

Ahora bien los hechos anteriores marcan la historia de las familias que deben afrontar la presencia de déficit o limitaciones tan importantes en el desarrollo de alguno de sus miembros. Pero la presencia de estos hechos no infunde un carácter especial a dichas familias en relación con las demás. El carácter especial de cada familia, deba o no afrontar la existencia de un hijo con discapacidad, decae determinado por su propia idiosincrasia, y por ello es importante rescatar en este capítulo la estructura familiar:

Las formas en las que las familias se componen en subsistemas, los niveles variables de cohesión y adaptación y el amplio rango de estilos de comunicación, hace que cada familia sea única porque los elementos que entran en la estructura familiar conforman el patrón. Cada miembro de la familia tiene sus propias características individuales, culturales y sus creencias. Estas características sirven como variables para el estrés, la felicidad marital y otras reacciones de las familias que tienen un miembro con discapacidad intelectual.

Cada miembro aporta una clase de idiosincrasia personal y de problemas a la familia. Una de las características que está relacionada con problemas especiales de un individuo es la discapacidad intelectual. Esta discapacidad tiene un impacto enorme en la familia, ya que en la familia no se esta solo, sino que se participa en una red de relaciones. Estas diferentes relaciones requieren de todos y sirven para respaldar, cada relación es única, dinámica, está en continua evolución; un cambio en cualquiera de estas relaciones afecta a todos y altera las demás relaciones.

En las relaciones esposo-esposa cuando nace un niño, la relación requiere un gran esfuerzo, ya que ambos ejercen las funciones adicionales de padres. En consecuencia, reafirman su condición matrimonial, sin embargo, ésta relación puede peligrar si la pareja siente que el niño es un intruso en su forma de vida.

Si el niño tiene una incapacidad, la pareja debe hacer un esfuerzo mayor, que genera gran estrés. El estrés de los padres está relacionado con las características del niño con discapacidad intelectual; cuantas menos respuestas sociales, más dificultades de temperamento y más patrones de comportamiento iterativos del niño, más tensión sufren los padres. Durante el periodo de ajuste inicial a la discapacidad intelectual del niño, en los años preescolares y durante la adolescencia de este hijo; los padres experimentan una fuerte tensión (Friedric y Friedrich, 1981; Dupont, 1985; Kornblatt y Heinrich, 1985; Kazak, 1987). Es también en estos mismos periodos cuando los padres perciben más necesidades de servicios para su hijo. Friedrich, Withurner y Cohen (1985) opinan que la depresión de los padres se incrementa gradualmente con la edad del niño con discapacidad intelectual.

El tamaño familiar tiene importantes implicaciones en la interacción familiar, a causa del número incrementado de posibles interacciones. Las interacciones pueden ocurrir entre dos personas en la familia, entre una persona y un subgrupo, entre dos subgrupos y así infinitamente.

Las familias monoparentales son muy vulnerables al estrés puesto que todas las actividades, cuidado físico recaen en el único progenitor. En las familias numerosas, uno o más de los hermanos mayores, generalmente están implicados en el subsistema de los padres y se espera que ayuden en la educación de sus hermanos pequeños. Esta tendencia también surge en las familias con niños con discapacidad intelectual, en las que los hermanos mayores están inmersos en el rol de padres. (Farber, 1960; Gath, 1972, McConachie y Domb 1983, otros).

En ocasiones el lazo entre uno de los padres y el niño incapacitado se vuelve más sólido, lo cual hace que el sistema de relaciones familiares se desequilibre. Un niño disminuido, a menudo, tiene un impacto en la socialización ya que es duro dar oportunidades al niño(a) con discapacidad intelectual para actuar con gente normal y también porque ir a sitios públicos y tratar con las miradas de los extraños parece ser universalmente turbadas para las familias.

Blacher y otros 1987 muestran que las familias con niños disminuidos tienen menos oportunidades para las salidas culturales y con amigos. Por esto la relevancia que tiene la formación del grupo terapéutico de estos padres, ya que pueden intercambiar anécdotas y hablar de sus sentimientos en grupo para buscar maneras de enfrentarse al estrés.

Todos los padres tienden a asignar a cada hijo una posición en función de lo que le consideran capaz de hacer, unas funciones y expectativas que se irán desarrollando con el tiempo. Esta redefinición de la edad social y mental del niño significa que las funciones cambian a causa de su posición mutable dentro de la familia y que los padres redefinen continuamente sus propias funciones y obligaciones de acuerdo con las funciones variables del hijo.

La revisión de estas funciones y posiciones a la hora de hacer frente al hijo disminuido afecta al ciclo de la familia y a los hermanos. Farber (1968) sostiene que la presencia de un hijo disminuido mental en la familia interrumpe o incluso detiene por completo el ciclo vital de la familia, porque la función de los padres hacia él, permanece inmutable.

Los estadios que se analizarán son los descritos por Duvall(1962). Estos estadios pueden diferir de forma marcada en las familias con niños disminuidos y en algunos casos, estos estadios pueden no existir. Turnbull, Summers y Brotherson, 1984; Mosa e Ikonen-Molsa, 1985 proponen estadios específicos de ajuste, por ejemplo: Shock, desespero, culpa, aceptación y finalmente ajuste. Estos sentimientos se reactivan durante las distintas etapas del ciclo vital y esta reacción cíclica ha sido denominada el "dolor crónico" (Wikler, 1981).

#### ➤ **ESTADIO 1: PRINCIPIO DE LA FAMILIA**

El primer estadio del ciclo familiar se inicia cuando la pareja se casa y acaba cuando la mujer queda embarazada. La principal tarea de la pareja es ajustarse uno al otro y a nuevos aspectos de su relación como acordar nuevas maneras de manejarse con sus familias de origen y encarar los desacuerdos y peleas.

Las experiencias de las parejas que más tarde tendrán un niño disminuido son las mismas en este estadio que las de las otras parejas. Pero por la dificultad de las tareas, este periodo puede ser de gran tensión y conflicto y la pareja tendrá éxito o fracasará al desarrollar una relación que pueda resistir la crisis de tener un niño retrasado.

#### ➤ **ESTADIO 2: LA ESPERA DEL HIJO**

El embarazo sirve para que los padres se preparen para la llegada del hijo que provocará numerosos cambios en su relación y en su vida cotidiana. Los padres intentan aprender lo que significa ser padres.

En algún momento del embarazo, algunas parejas, generalmente las más sensibles a este tema se suelen plantear la posibilidad de tener un hijo disminuido. Esto provoca ansiedad, ambivalencia y miedo pero estos sentimientos les preparan para poderse enfrentar con cualquier tipo de niño: llorón, activo, pasivo o disminuido.

#### ➤ **ESTADIO 3: EL NACIMIENTO DEL NIÑO DISMINUIDO**

El nacimiento de un hijo produce siempre una crisis en la familia, pero el nacimiento del primogénito requiere una adaptación más compleja. La pareja se convierte en una triada, con todas las complicaciones que se dan en una relación a tres, surgen nuevos roles y los roles anteriores tienen que volverse a definir y limitar. Las mujeres se vuelven madres y los hombres padres, dando lugar a cambios en todas las relaciones familiares.

Las madres y los padres a menudo experimentan depresión, miedo, estrés después del nacimiento de su hijo. Ser padres es una experiencia feliz pero a veces difícil.

El significado del nacimiento de un niño varía de una madre a otra. A pesar de la variedad de motivos para desear un hijo, algunas de las necesidades y expectativas de los padres son comunes a todos. Según Kew 1975 son tres las generalidades:

1. Los padres esperan un hijo normal: la imagen que se habrán formado de su hijo es la de un hijo normal, sano y sin defectos. Estas expectativas sufren inevitablemente alguna transformación cuando la imagen mental se hace realidad. Pero si el hijo es disminuido, la discrepancia entre imagen ideal y realidad se hace aún mayor.
2. Los padres quieren realizarse creativamente: Los padres se "reproducen a si mismos". Si nace un hijo con discapacidad puede crear sentimientos de fracaso.
3. Los padres desean descendencia: Toda pareja, desea tener hijos. La concepción da un sentimiento de continuidad y orgullo. Pero este sentimiento puede perderse cuando nace un hijo disminuido y los padres pueden no querer tener más hijos.

Cuando estas necesidades y expectativas no son satisfechas, los padres experimentan una pérdida del hijo que se había esperado y deseado. El nacimiento de un hijo disminuido es una experiencia similar a la muerte de un ser querido. Deja a los padres en un estado de pena agudo. Los padres desean que el niño muera ya que éste significa la pérdida del niño normal puesto que los padres esperan tener un niño sano y construyen una imagen fantástica de éste. Muchos autores coinciden en que el nacimiento de un niño disminuido mental produce en la familia una crisis, un fuerte estrés.

Esta crisis tiene tres fases. La primera, el **shock inicial**, es el desmoronamiento de todas las expectativas. La incredulidad se apodera de los padres y surge también la conmoción, que es una resistencia pasiva. La segunda fase es la de **reacción**. Los padres intentan entender la deficiencia, interpretarla, verificar sus ideas. Es la readaptación de las esperanzas y expectativas. Es una etapa en la que los padres experimentan muchos sentimientos y ambivalencias: sobreprotección, rechazo de la deficiencia, esperanza de una mejoría (peregrinación de médicos hasta llegar a los curanderos para que realicen el milagro), culpabilidad y resignación. La última fase, la fase de la **realidad**: es la adaptación funcional, la adaptación a los problemas cotidianos y de tipo práctico. los padres se enfrentan con las demandas del niño disminuido.

Todos estos sentimientos pueden provocar una mala gestión de la crisis y ésta puede convertirse en crónica.

#### ➤ **ESTADIO 4: FAMILIAS CON NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR**

Durante esta etapa, el niño de edad preescolar aprende toda una serie de tareas y hábitos como el control de esfínteres, hábitos alimenticios, es autónomo en la marcha y es capaz de comunicar verbalmente sus necesidades, y sus inquietudes.

Muchos niños disminuidos no consiguen adquirir en esta etapa estas capacidades y algunos nunca llegarán a ser independientes en estas tareas. Por lo tanto, las responsabilidades de los padres se extenderán en el tiempo y necesitarán más esfuerzos físicos y emocionales para continuar con las rutinas diarias de cuidado. Es durante este estadio que las deficiencias del niño son más aparentes y cuanto más aparente sea la deficiencia, más estrés y estigma social experimentan los padres (Dunst y otros 1986; Blacher y otros, 1987; Minnes, 1988).

La pareja debe enfrentarse a los comentarios, susurros, murmullos de compasión, miradas hostiles y compasivas ya que la deficiencia es cada vez más aparente.

#### ➤ **ESTADIO 5: FAMILIAS CON NIÑOS EN EDAD ESCOLAR**

En este estadio, el niño normal continúa creciendo hacia la independencia: aprenderá las capacidades básicas académicas como la utilización del dinero, empieza a ser un miembro activo con sus propias opiniones, se relaciona con otros miembros y continúa aprendiendo a manejar sus sentimientos. La deficiencia del niño afectará las metas y objetivos que se espera que el niño logre. La discrepancia entre el aspecto físico del niño y sus capacidades crece y los padres experimentan las salidas con su hijo como una situación estresante.

Los padres se enfrentan con el dilema de buscar la escuela más apropiada para su hijo. Esto se convierte en la dicotomía de escuela especial o escuela de integración.

#### ➤ **ESTADIO 6: FAMILIAS CON ADOLESCENTES**

Este es un periodo en el que los adolescentes establecen su propia identidad y se diferencian de sus padres buscando una independencia emocional y económica.

Las experiencias de las familias con hijos disminuidos serán otra vez muy diferentes. El cuerpo del disminuido va cambiando pero no al mismo ritmo que su estado mental, emocional y social, haciendo así su deficiencia mucho más aparente.

Esta etapa es muy difícil para los padres pues empiezan a asumir que su hijo dependerá toda la vida de ellos. La sexualidad del adolescente disminuido que empieza a emerger puede plantear serios problemas a los padres porque no saben como afrontar este aspecto, provocando un estrés (Wikles, 1981). Este estrés surge por la discrepancia que existe entre la apariencia física del adolescente y sus capacidades mentales y sociales, produciéndose el dolor crónico. Mezclado a este estrés está el miedo de los padres a que su hijo sea explotado sexualmente.

#### ➤ **ESTADIO 7: FAMILIAS CON ADULTOS**

Este estadio empieza cuando un hijo marcha de casa y finaliza cuando el último hijo también se va del hogar, dejando a los padres otra vez los dos solos como en el primer estadio. En esta etapa, los hijos continúan su educación y escogen un cónyuge.

Para las familias con un niño disminuido, este estadio puede ocurrir muy temprano con la institucionalización de este hijo o mucho más tarde que lo usual o puede no suceder nunca, pues el hijo puede vivir con sus padres hasta que éstos mueran.

#### ➤ **ESTADIO 8: FAMILIAS DE MEDIANA EDAD**

Este estadio empieza cuando el último hijo abandona el hogar y continúa hasta el retiro laboral de los cónyuges o con la muerte de uno de ellos. Se puede alargar por la presencia de un hijo dependiente que continúa viviendo con sus padres.

Los padres con un hijo disminuido no pueden tener las típicas alegrías de este estadio como ser abuelos. El tema del lugar de residencia continúa planteándose y los padres suelen pensar en la institucionalización, ya que representa para la familia la seguridad y la permanencia del hijo disminuido, sin la angustia de no saber que sucederá a su hijo cuando ellos ya no estén.

#### ➤ **ESTADIO 9: FAMILIAS DE EDAD**

El último estadio del ciclo familiar empieza con el retiro, continúa a través de la muerte de un cónyuge y finaliza con la muerte del segundo. El objetivo y la tarea de esta etapa es



envejecer con éxito y enfrentarse con la muerte de una forma constructiva. En estos dos últimos estadios, los padres buscan formas para asegurar que su hijo disminuido esté cuidado cuando ellos mueran. [...] Los padres que institucionalizan a su hijo tienen sentimientos de culpabilidad y de no ser buenos padres. Pero muchas veces es la única alternativa cuando no existe servicios que apoyen a la familia y el hijo disminuido envejece. Surge entonces la pregunta ¿Qué hacer con los disminuidos mentales de la tercera edad? (Freixa, 1993).

### III.1.- ESTUDIOS ACTUALES SOBRE GRUPOS DE PADRES CON HIJO(A) CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Es poca la literatura que existe sobre este tema, la gran mayoría hace referencia a promover la formación de este tipo de grupos, no a nivel terapéutico sino a reuniones de grupos en donde los padres participan para recibir apoyo, orientaciones y guías; comparten información, dan y reciben apoyo y tienen oportunidad de trabajar juntos para tratar los problemas y dudas comunes.

Las familias con un hijo(a) que tiene una discapacidad tienen preocupaciones especiales y a menudo necesitan mucha información. Para muchas familias es útil unirse a un grupo de padres, en el cual pueden conocer a otras familias que tienen necesidades similares. Muchos grupos de padres permiten que las familias tengan la oportunidad de hablar en forma unida para expresar las necesidades y metas de algún grupo con intereses especiales.

Entre las más importantes funciones de casi todos los grupos de padres esta la oportunidad de conocer otras familias iguales que puedan proporcionar información y apoyo emocional. Cuando se reúnen familias con necesidades similares, hay un sentido de comunidad, de comprensión.

Los grupos para padres constituyen un grupo de padres (abuelos, tíos, hermanos, padres adoptivos), y a veces otros miembros de la familia interesados en todo lo relacionado con las discapacidades. Existen muchas maneras a través de las cuales los padres, como grupo, pueden ayudarse, desde información sobre servicios médicos o educacionales, programas y otros recursos disponibles dentro de la comunidad.

Dentro del grupo, los padres pueden expresar abiertamente sus temores y preocupaciones y se benefician al saber que hay otras familias experimentando las mismas situaciones. Las familias se unen a los grupos de padres para poner fin al sentido de aislamiento que les puede crear su situación única. Pueden compartir métodos de sobrevivencia diarios que ayudaran a mantener la familia unida. Los padres pueden ayudarse los unos a los otros a renovar su espíritu, determinación, y entusiasmo por la vida. El poder discutir sus preocupaciones con otras personas en situaciones similares les puede traer soluciones pragmáticas y realistas, y este es el tipo de apoyo que necesitan las familias.

Esta publicación plantea los tipos de grupos que hay y hace referencia a que los grupos de padres varían en cuanto a la base que sirve para unirlos. Hay grupos de padres cuyos hijos tienen la misma discapacidad. Hay grupos donde todos los miembros participan en la

misma escuela o viven en la misma región geográfica o quieren aprender más sobre el proceso de educación-especial. Los grupos de padres también se forman basándose en las metas específicas que los miembros desean alcanzar.

En general, estas metas son: obtener servicios directos para sus hijos, apoyo mutuo, entrenamiento, abogar por sus derechos y comunicar sus necesidades.

En la página de Internet se reporta una experiencia llamada "El desafío de integrar las necesidades singulares en un abordaje grupal". Esta experiencia es en un Centro de Día con características ocupacionales para jóvenes y adultos con discapacidad mental moderada y pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos en Argentina, el cual plantea que el abordaje de las personas con necesidades educativas especiales debe realizarse en forma grupal. "Al hablar de grupo interesa hacer hincapié en la función movilizadora y movilizante que tiene en los miembros, las relaciones que se establecen, los sistemas de alianza, los roles, etc, y por sobre todo, el espejo de realidad que cada participante le devuelve al par, el cual es, la mayoría de las veces, mucho más significativo y favorecedor de cambios que muchas de las estrategias planteadas por docentes y terapeutas".

Se hace referencia a que el primer grupo al cual pertenecen los pacientes es la familia. Este grupo primario es el encargado de importantes aprendizajes tales como la enseñanza del cuidado físico, la higiene, la alimentación, el ritmo de sueño, la vestimenta, la locomoción, el lenguaje. También forman parte de las funciones de la familia, la enseñanza de las relaciones familiares y de las relaciones sociales, la transmisión y el aprendizaje de la actividad productiva y recreativa, la inserción laboral, las relaciones sentimentales y la formación y consolidación de un nuevo hogar. De la convivencia familiar se espera que cada niño aprenda todas aquellas funciones que le sirvan para crecer y desempeñarse en su vida diaria.

Pero muy a menudo nos encontramos con familias con un miembro afectado por discapacidad-mental, que no cumple con esta función de transmisión de aprendizaje y enseñanza. Familias que llegan a la institución presentando a su hijo como quien no ha podido aprender durante muchos años. Muchas veces no pueden brindar a sus miembros los apoyos necesarios para que éstos se desarrollen en forma autónoma.

Por diferentes razones, el paciente "es el portavoz de los conflictos y tensiones de su grupo inmediato; la familia. Pero es también por ello, el símbolo y el depositario de los aspectos alienados, de su estructura social, portavoz de su inseguridad y su clima de incertidumbre". Cada cambio propuesto o realizado por el paciente en la institución, va a implicar un movimiento de respuesta familiar. Por eso se considera el trabajo con las familias como forma imprescindible, porque sí se propone que los pacientes logren un cambio en relación con su autonomía, se tiene que plantear el trabajo con las familias. ("El desafío de integrar las necesidades singulares en un abordaje grupal: una tarea cotidiana")

Mendivil perteneciente a la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal (A.P.A.G) Desarrollo una investigación desde octubre/1992 con la participación con grupos pequeños (8 a 10 personas) de madres, padres y hermanos con chicos con discapacitados. Este

(8 a 10 personas) de madres, padres y hermanos con chicos con discapacitados. Este grupo favorece el compartir vivencias con personas en la misma situación y transforma sus dudas, angustias y miedos en trabajo positivo y creativo para el desarrollo y autonomía del hijo discapacitado. "El objetivo que se persigue es el enriquecimiento personal por influencia del grupo".

Uno de los temas que se abordan en este artículo es la utilidad del marco grupal ante el aislamiento (individual o colectivo) del individuo o de la familia. "Desde su experiencia atendiendo familiares de chicos-as discapacitados se ha podido comprobar que a pesar de haber trabajado con las familias cuando los hijos tenían más de 14 años, había un denominador común en todas ellas: el aislamiento social en el que estaban insertos. Este aislamiento se extendía incluso hacia otras familias con la que podrían compartir su problemática.

[.....] Los objetivos a la hora de diseñar estos grupos fueron principalmente los de dar una cobertura familiar más amplia a los padres para completar y apoyar lo realizado desde el centro escolar al que acuden sus hijos.

Si bien a priori no parecían metas muy elevadas, el hecho de facilitar un espacio y un tiempo en el que las madres (que son las que mayoritariamente protagonizan la experiencia) pudieran hablar con libertad, confianza, sinceridad y confidencialidad, hizo que los objetivos se fueran ampliando y haciéndose más complejos.

"Notamos que estas mujeres estaba ávidas de un espacio donde poder expresar todo aquello que desde hace años estaba guardado por miedo a decirlo, por sentir culpa, por sentirse "malas madres". Por ello desde el primer momento aparecen los sentimientos de reproche, la herida narcisista, individual, de pareja y de la familia, aparecida al recibirse la noticia de la deficiencia del hijo-a. "Entonces se vinieron abajo todas las fantasías extraordinarias de tener un hijo(a) que colmase de felicidad a los padres o hermanos, cuando se encontraron con una criatura que no habían ni imaginado que a ellos les pudiera tocar".

Junto con la herida narcisista, surge el problema de la aceptación. Este último conlleva una gran complejidad al no poder reducirse su respuesta a las categorías del sí y el no [.....] La aceptación es algo que al igual que la no aceptación quizás nunca se pueda dar de forma total y plena; hay algo así como una escala gradual y movable que por estadios bien de los hijos o personales varían en ciertos términos. [.....] También afloran los sentimientos de culpa con bastante virulencia al comienzo y de forma generalizada en casi todos los participantes. Normalmente las acusaciones son mutuas entre la pareja y depende de las relaciones previas que se puedan resolver o no.

[.....] Se constata que cada familia ha tenido que "tragar" y digerir como ha podido su problema y que en muy pocos casos han tenido ayuda posterior. Ahora parece que algunos hospitales y sobre todo a través de diversas asociaciones se empieza a corregir algo que es de importancia vital.... Después de doce años de trabajo con las familias éste es uno de los puntos cruciales a resolver, tanto o más importante que la estimulación temprana de los hijos-as es la estimulación, comprensión y ayuda familiar desgraciadamente escasa y mal llevada a cabo ¿Qué hacemos, por mucha ayuda que reciba el chico cuando el grueso del tiempo lo tiene que pasar en una familia invadida por la angustia?

Volviendo a la pareja, se puede decir que dependerá de la relación que esté establecida antes del nacimiento del hijo discapacitado para que estos problemas, más bien del comienzo, sólo sean fruto del desconcierto y queden como tales al poder ser hablados y trabajados.

Paralela a la herida narcisista está la separación de emociones que en muchos casos se da entre los dos cónyuges, cuando no son capaces de compartir las vivencias, sentimientos etc. Y asociados a ello también están los sentimientos de culpa. Ocurre a veces que cada uno se queda con "su" problema y que la solución del mismo no pasa por el "nosotros". Es muy frecuente en estos casos que los miembros de la pareja comiencen a caminar por caminos divergentes. Vemos pues que este camino divergente que comienza cuando el chico-a tiene una corta edad, llega con el tiempo a desembocar en una separación de emociones cuasi total, es decir, en lo que podríamos calificar de divorcio emocional, que en algunos casos se llega a materializar en un divorcio real.

Otro punto a tener en cuenta es el replegamiento hacia dentro de la propia familia, que se traduce en una hiperprotección de los chicos-as. Esto fomenta la dependencia, lo que hace que los chicos-as tengan poca autonomía en todos los sentidos, desde los hábitos sociales hasta los personales. Además, esta dependencia llega a convertirse en un proceso de retroalimentación en el que no se distingue bien quién depende de quién, si el propio chico-a de su madre-padre-familia o al revés. Lo que sí parece estar claro es que ambas instancias se alimentan mutuamente, creándose unos lazos simbióticos difíciles de separar.

....El replegamiento hace que las familias difícilmente tengan en cuenta a los demás, cayendo por así decirlo, en un proceso de victimización en el que los otros (la sociedad, los vecinos, la administración, las instituciones) no les comprenden, tienen parte de la culpa, no les brindan el apoyo suficiente etc. Es frecuente que esta victimización acompañe a muchas familia y no les deje crecer como tales, creándose una coraza difícil de romper por educadores, profesionales, amigos, etc.

"Vemos pues que las cuestiones que acabamos de presentar tiene un difícil abordaje desde lo individual....Es por tanto en el marco grupal donde mejor se trabaja este tipo de temas, pues es más accesible en la medida en que lo expuesto por cada componente tiene una mayor repercusión en los demás. El grupo hace caja de resonancia y dentro de las ondas que crea dicha resonancia aparecen otros temas que están en la mente de los participantes de forma individual, pero que solamente en el grupo podrán ser tratados de la forma más adecuada".

El marco grupal en este tipo de actividad tiene unos aspectos muy beneficiosos en la medida que permite a sus componentes la expresión de sus conflictos, sin limitarse al papel de madres de..., sino como mujeres, como personas; el hallazgo de un lugar donde la confianza, la sinceridad, la seguridad acompañadas de la confidencialidad posibiliten la comunicación fluida entre los miembros. Se crea una valoración personal mejor en la medida en que todas "saben" del tema que les preocupa, por lo que no hay lugar para las que no saben. Se convierten así en "profesionales" capaces de transmitir su experiencia. Aprender a escuchar y no sólo a oír. El lograr esa escucha hace que cada miembro se considere realmente importante.

El sentimiento de pertenencia a un grupo especial en el que muchas personas por primera vez se han sentido bien por tener un lugar donde se les valora. No son los

profesionales quienes tienen la batuta y el saber. Aquí cada una tiene su parte de saber y entre todas ellas más las de los conductores del grupo se completan la sinfonía. Otro aspecto es la restitución de la red social antes perdida o abandonada. Se permiten el reengancharse a sus viejas amistades y el tratar de crear nuevas, cosas que antes parecían impensables.

Por último el poder afrontar el futuro, ese tema tabú en muchos casos y en otros compulsivo, con una cierta tranquilidad y sosiego en la medida en que se convierte en algo compartido y generalizado y no es por lo tanto ningún problema individual ni irresoluble.....Se pueden dar cuenta de que, pese a haberlos alumbrado, no son "suyos" en el sentido posesivo del término. Y que por lo tanto sería muy egoísta querer la muerte de ese ser querido cuando teóricamente le queda más vida por delante y seguramente cada vez con mejor calidad.

Por último se señala en este artículo que la participación no es solamente de las mujeres que acuden a los grupos sino de los cónyuges de las mismas. Lo que hace pensar que la inclusión de los hombres en los grupos, sea una forma gradual de acercamiento.

José Mari Ayerra perteneciente a la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal (A.P.A.G.) aporta en "Textos Grupales" la experiencia grupal con pacientes ambulatorios, con un número significativo de demandas, relacionadas con situaciones de duelos comprometidos por las circunstancias específicas de muerte, o directamente por el sufrimiento generado en duelos patológicos irresolubles en el tiempo.

A pesar de no relacionarse con el tema de padres con hijos con discapacidad, estos presentan características patológicas que implican distorsión, ocultamiento, silencio y falta de espontaneidad que complican sus relaciones.

Es un grupo de hora y media de duración, una sesión semanal, el número de participantes entre 8 y 10 y es un grupo mixto y lentamente abierto. Las edades han sido heterogéneas habiendo estado comprendidas entre los 25 años y los 70 años, prevaleciendo la edad media entre los 45/55 años. Es la edad en la que las muertes significativas suelen ser más frecuentes. El tiempo de estancia de los participantes en el grupo es variable, nunca ha sido inferior a 8 meses. [.....] Las personas que permanecen más tiempo en el grupo son las que se incluyen con un duelo patológico de larga evolución.

"En el grupo trato de generar un contexto de naturalidad, trabajar desde lo obvio, evitando idealizaciones e infantilizaciones excesivas e innecesarias que generan complicaciones adicionales. En mí quehacer psicoterapéutico me ha sido útil el acceso a lo inconsciente y a la inclusión de asociaciones libres a través de un ambiente facilitador, ambiente fiable, cálido y natural, que supone un relajamiento de las resistencias y defensas. En definitiva posibilitando un clima de sinceridad y de inclusión de aspectos de culpa, que son silenciados en otro tipo de climas grupales más persecutorios".

La patología implica siempre distorsión, ocultamiento, silencio y falta de espontaneidad, crispándose las relaciones. Como se ha señalado el clima grupal puede devolver la espontaneidad y naturalidad, cuestionando las defensas y facilitando la asociación libre que expresada de forma natural nos posibilita intervenciones profundas de una manera tan natural que pasa desapercibidas para los miembros, pudiendo acceder al entendimiento sin apelar a las defensas y resistencias individuales y grupales.

"Con el tiempo estoy llegando al convencimiento de que lo revolucionario en psiquiatría es el "sentido común". Es necesario revisar nuestra vida cotidiana, como fuente de inspiración y entendimiento de nuestras actitudes y actuaciones, para posibilitar encuentros más sinceros y humanos entre las personas.

El grupo tiene además de una vertiente terapéutica, incluyendo a personas con una sintomatología psiquiátrica ya cristalizada, una vertiente preventiva y de acompañamiento a personas comprometidas en situaciones vitales. (lo que se relaciona con el grupo de padres con hijos con discapacidad intelectual). Siempre he creído que la mejor psiquiatría es la que anticipándose a los acontecimientos evita un camino de sufrimientos y malentendidos que comprometen la existencia del individuo".

Jose Mari Ayerra plantea como objetivos del grupo lo siguiente:

- ❖ Rescata al individuo del autismo en el que nos encierra el propio sufrimiento y restituye una diversidad de relaciones rotas, como efecto del desbordamiento y sufrimiento psíquico.
- ❖ Los diversos factores y fenómenos del grupo son experiencias significativas y correctoras en sí mismas, la universalización del sufrimiento, la resonancia afectiva con la problemática del otro, el entendimiento a través de la experiencia del otro de muchos de los aspectos propios.
- ❖ Los demás pueden aprovecharse del relato de quien habla y de su experiencia para entender situaciones que cuando son referidas a sí mismos, son incapaces de entender, y es que uno no tiene distancia para con uno mismo, generándose una ceguera psíquica como efecto del desbordamiento.
- ❖ El grupo es un continente, trata de evitar en muchas ocasiones actuaciones irreflexivas frecuentes en situaciones de desbordamiento, decisiones prematuras, ventas y cambios de casas, abandonos de trabajo, la transformación de la tristeza en reivindicación.

"Los seres humanos, frecuentemente nos vemos dificultados para acompañarnos cuando más nos necesitamos. Es difícil echar una mano a alguien que se está ahogando cuando uno mismo se encuentra en una situación parecida, solo que quien está a punto de ahogarse es incapaz de poder ver la precaria situación de los otros,....."

Si bien en los primeros momentos el grupo contiene, acompaña y tranquiliza, en la medida en que el paso del tiempo se va realizando, el propio grupo ayudará a ir comprendiendo las situaciones en las que los participantes han quedado atrapados, posibilitando la elaboración de los acontecimientos traumáticos, que quedarán incluidos a modo de experiencias significativas y aprendizajes vitales costosos, que nos capacitan para la continuidad de la vida con un grado de madurez desconocido hasta ese momento.

Es por esto que la reseña de este trabajo, tienen relación con el tema que se está trabajando, ya que los padres al formar parte de un grupo, y con las experiencias traumáticas que han vivido, van adquiriendo aprendizajes significativos.

En general el hombre es un "ser de necesidades que sólo se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan, nada hay en él que no sea resultante de la interacción individuos-grupos y clases. Se entiende al hombre como configurándose en una actividad transformadora, en una relación dialéctica, mutuamente modificante con el

mundo que se da siempre a su experiencia como mundo social, es decir, entre tejido de vínculos y relaciones sociales”.

Dentro de los grupos la familia se constituye como un “complejísimo campo en el que se articulan e influyen mutuamente fenómenos tan diversos como los procesos psíquicos de los sujetos que la integran y las relaciones sociales en cuya interioridad la familia se asienta. Relaciones y organización económica que asignan a la familia objetivos, tareas y funciones que la determinan en sus formas. Pero a la vez, la estructura familiar está determinada desde los vínculos, con el hábitat, con el paisaje, con el contexto natural, lo que lógicamente está impregnada por sistemas de normas y significaciones sociales, sistemas que son incorporados por los sujetos que la integran, en lo que suele denominarse proceso de socialización”.

Los grupos de padres permiten el análisis de la familia, como grupo nuclear, así como vivenciarse dentro de un grupo familiar que les permita transferir lo vivido en sus relaciones nucleares. En nuestra sociedad la familia es el núcleo básico donde se desarrolla la persona, tenga o no una discapacidad. Para el colectivo de personas con retraso mental la familia es un elemento indispensable del proceso de integración y normalización. Es difícil conseguir que la persona con discapacidad se integre en su entorno si no se da una adecuada aceptación en el seno de la propia familia, cuyos miembros son, o han de ser, el punto sobre el que se apoya ese proceso de normalización e integración social. Por muy serios que sean los problemas siempre es posible un cierto nivel de ajuste en la familia, siempre es posible mejorar su calidad de vida.

En diferentes países existen grupos de formación. Estos grupos surgieron de la necesidad de formación planteada por las familias a las asociaciones, para responder mejor en la relación con las personas con discapacidad.

Esta reseña de algunos de los artículos más recientes sobre el tema, nos permite observar la similitud de necesidades y sufrimientos, así como las diferentes etapas por las que atraviesan estos padres que tienen un hijo(a) con discapacidad, no importando edad, sexo, clase social, o país de origen, resumiéndose en términos generales la gran mayoría de sentimientos de los padres con el siguiente texto:

***“Lo más insoportable para el ser humano es aceptar que el mundo, desgraciadamente, es real. La tentación de escapar a través de la creación de otro mundo imaginario (bien sea de culpas, persecuciones, o confusión), es un intento vano de negar el destino (cierto tipo de enfermedades de los hijos lo marcan) espantoso y de hierro”.***

## CAPITULO IV: METODOLOGÍA

### IV.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los padres con niños que presentan discapacidad intelectual viven un gran impacto psicológico-emocional y tienen necesidades subsiguientes, que en la gran mayoría, no son atendidas, dando prioridad a las necesidades médicas y educativas de sus hijos. Generalmente presentan cambios en la vida, tales como: alteraciones en los ritmos de sueño, reajustes económicos, cambios en las relaciones entre los padres y los otros hijos, necesidad de continuas visitas a especialistas y otros servicios, cambios en las relaciones de la pareja, en las relaciones sociales, en las actitudes con la gente, etc.

Surge así la aparición de una necesidad sistemática de ayuda, asesoramiento, búsqueda de servicios profesionales "especializados", principalmente para la atención de su hijo, ya que resulta difícil para los padres aceptar estos niveles de retraso y por ende aceptar que ellos mismos como padres y/o familias requieren apoyo profesional para lograr esta aceptación, y buscar un equilibrio familiar.

Así mismo la cultura social se limita en las primera etapas a la atención médica y de terapias de rehabilitación para estos, no enfocándose a brindar apoyo directo a la problemática emocional que presentan estos padres; lo cual es necesario superar en primera instancia, y buscar un equilibrio emocional para sus culpas que viven, es por esto la importancia del trabajo grupal con este tipo de padres, antes de poder brindar una colaboración con la escuela para el mejor desarrollo educativo.

En este capítulo se describen las sesiones de grupo de apoyo terapéutico para padres de niños con discapacidad intelectual, abordando el problema desde una perspectiva clínica-terapéutica, dentro de los lineamientos planteados por el "Análisis de Grupo" o "Terapia Analítica de Grupo", fundada por Foulkes; este método de tratamiento reconoce y utiliza la naturaleza esencialmente social del ser humano, y puede ser utilizado en áreas no clínicas, como manejo de pequeños grupos y encuadre institucional y educativo.

### IV.2.- OBJETIVO

Aplicar una estrategia terapéutica ("Terapia de Grupo Analítica" de S. H. Foulkes) para dar apoyo a padres que tienen un hijo(a) con discapacidad intelectual, para buscar un equilibrio en la reorganización familiar que permita a los padres aceptar la discapacidad de su hijo(a) sin temor ni culpa y poder expresar la hostilidad o agresión que en ocasiones se presenta y dominarla; por lo que se busca lograr objetivos terapéuticos que en gran medida estas personas no han tenido oportunidad de recibir.



### **IV.3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Lograr una mejor comprensión y aceptación de la discapacidad intelectual por parte de los padres.
- ❖ Disminuir el aislamiento social, tanto en los padres, como en sus hijos.
- ❖ Modificar los sentimientos de culpa al tener un hijo(a) con discapacidad intelectual.
- ❖ Elevar la autoestima de los padres.
- ❖ Cambiar las expectativas que tiene el padre de su hijo(a) con discapacidad intelectual en función de lo que este es capaz de hacer, valorando sus potencialidades.
- ❖ Fomentar la independencia del hijo(a) con discapacidad intelectual.
- ❖ Tomar conciencia de sus pautas automáticas de respuesta de sobreprotección hacia sus hijos.

Los criterios de evaluación tomarán como referencia:

- ⇒ El número de asistentes
- ⇒ La frecuencia de la asistencia
- ⇒ Las intervenciones y el contenido de ellas
- ⇒ El aumento de la cohesión del grupo
- ⇒ La valoración que cada miembro del grupo realiza al final

Los datos se recopilaron mediante anotaciones por parte de un observador participante y del terapeuta encargado de dirigir las sesiones.

### **IV.4.- DISEÑO DEL TRABAJO GRUPAL**

#### **IV.4.1.- SUJETOS**

Los participantes de las sesiones de grupo son de ocho personas: cuatro madres de familia, una de ellas presenta discapacidad intelectual, por lo que la acompaña la abuela del menor de 66 años de edad, tres padres de familia, de niños con discapacidad intelectual, de los cuales dos son pareja; las parejas de los otros que no asistieron, fue debido a que uno de ellos también presenta discapacidad intelectual, otro no se involucra en la educación de su hijo y el participante varón que asistió, es viudo, las edades de estas personas fluctúan entre los treinta y cinco y cuarenta y cinco años. Los hijos de estas personas, asisten a la escuela de Educación Especial. (Ver tabla 1)

En esta escuela se atiende a alumnos desde Inicial ( 45 días a 5 años), Preescolar (5 años a 7 años) y Primaria Especial (6 años a 15 años), con diferentes etiologías, predominando la discapacidad intelectual.

#### **IV.4.2.- PROCEDIMIENTO**

Para la conformación del grupo, se realizó una convocatoria a los padres de familia de la comunidad educativa, entrevistándose a más de diez personas, a los que se les hizo la invitación para participar en este grupo; de estas entrevistas se seleccionó al grupo, en

virtud de estar interesados y tener como característica común el tener un hijo(a) con discapacidad intelectual.

Cabe mencionar que los que fueron descartados fue por cuestiones de horario, que les impedía participar o bien algunos que no estuvieron interesados.

Las sesiones se realizaron una vez a la semana en el salón de usos múltiples del mismo Instituto, con una duración de hora y media. Se planteó el encuadre de la misma, con el compromiso de asistencia continua, a pesar de esto se dieron faltas en algunas ocasiones, las cuales son interpretadas y descritas en las sesiones correspondientes. El tiempo establecido fue de tres meses de duración, en sesiones de hora y media. Atendiendo al grupo, la terapeuta y una coterapeuta-observadora con formación en psicología; la que se mantuvo en silencio, en la medida que lo consideraba pertinente. Luego, tras cada sesión se comentaban las incidencias del grupo.

Para el trabajo grupal, se siguió el formato de la "Terapia Grupal Analítica" desarrollada por Foulkes, ya que como él plantea "es el análisis por el grupo"; donde los sujetos definen los temas que se van a tratar, teniendo la misión él terapeuta de eliminar los bloqueos de la comunicación y son los padres los que llegan a plantear las experiencias vividas con sus hijos, y surjan propuestas de nuevas estrategias para el enfrentamiento de la aceptación hacia la discapacidad de su hijo(a). Así se interpreta la resistencia contra la comunicación espontánea, ya que en el grupo, la interacción depende más de la libertad y de la espontaneidad del grupo, facilitándoles la libre expresión de los participantes para propiciar un espacio de confianza y que cada cual diga lo que quiera y cuando quiera, con la certeza de que el grupo escuchará y analizará, buscando la cohesión en una misma tarea.

#### **IV.4.3.- INSTRUMENTO**

Para fines de este reporte terapéutico se utilizó la Entrevista Diagnóstica Abierta, pero se contaba con temas específicos a investigar derivados del problema común que es su hijo con discapacidad intelectual como son: información relativa a la imagen de su hijo, imagen de la discapacidad, relaciones familiares, y relaciones interpersonales (hospital, escuela, sociedad). Ver Anexo 2 y 3

Se realizó una entrevista inicial y una entrevista final como evaluación del proceso terapéutico. Las características generales de este tipo de entrevista son que plantea preguntas de acuerdo a un orden establecido, pero dejando mayor libertad que la entrevista estructurada en cuanto a su formulación y a las respuestas del entrevistado.

#### **IV.4.4.- ANÁLISIS DE RESULTADOS**

La información obtenida a lo largo de las sesiones grupales, se analizó en función de los objetivos específicos planteados y de acuerdo a los comentarios realizados por los padres en algunas sesiones del desarrollo del grupo. Esta información que se recopiló a través de las observaciones de la co-terapeuta y se graficó en porcentajes.

(Ver Anexo 1, grafica # 2).

Se realizó un análisis cualitativo, con base a comentarios significativos de los padres, durante las sesiones y en las entrevistas, graficándolas de acuerdo al número de padres que realizaron dichos comentarios ((Ver anexo 1, gráfica # 3).

Por último se plantea una comparación de las etapas por las que atravesó el grupo de padres con hijo(a) con discapacidad intelectual, con las fases descritas por Foulkes en la Terapia de Grupo Analítica, Se describen los comentarios de las primeras etapas, la etapa intermedia y la fase final del grupo.

#### **IV.4.5.- PROCESO TERAPÉUTICO**

##### **ETAPA PREVIA AL INICIO**

Es la que tiene lugar para la formación del grupo a partir de realizar las entrevistas. Llegaron más de diez a ella, de éstos, dos quedaron descartados por problemas de horario, como ya se había mencionado. Haré una pequeña síntesis de la presentación de cada uno de los pacientes, según los datos obtenidos en las entrevistas previas. Los nombres y datos biográficos externos que pudieran identificar a los pacientes están modificados, tratando de no perturbar la comprensión del material clínico. A continuación se describen las características de los padres:

**SRA. P.R.** Es una personalidad con rasgos narcisistas (presento las siguientes características del funcionamiento, durante la entrevista: exageración de los logros, sobre todo en relación a la crianza de su hijo, indiferencia fría o sentimientos notables de ira, sobre todo cuando planteo las dificultades de su hijo en la escuela, en sus relaciones interpersonales, plantea esperanza de favores especiales sin asumir responsabilidades recíprocas, incapacidad para reconocer cómo se sienten los demás. Estos rasgos corresponden a los criterios diagnósticos del DSM-III, para el trastorno de personalidad narcisista), se enfoca sobre la naturaleza especial de sus problemas, tiene un hijo de su segundo matrimonio con diagnóstico de "retraso mental", al cual ha tratado de sacar adelante desde su nacimiento. Es una mujer muy activa, dominante, autoritaria y autosuficiente. Se siente obsesionada y culpable en particular, en la relación con el hijo, con quien comparte las mayores horas del día.

En la entrevista, se muestra colaboradora y con necesidad de orientación para atender a su hijo. Es una persona que explica bien sus problemas, que establece contacto en sus relaciones en las que estimula la colaboración del otro, al tiempo que ella misma colabora.

**SR. P.R (ESPOSO DE LA SRA P.R)** Tiene una personalidad dependiente, con las siguientes características: permite pasivamente que su esposa asuma la responsabilidad de los mayores aspectos de su vida, llega a subordinar sus propias necesidades a las de su familia, causándole ansiedad y depresión, la situación de su hijo; se muestra condescendiente con su esposa y con sentimientos de incapacidad y de impotencia relacionados con la educación de su hijo, no obstante se muestra dispuesto dentro de la entrevista y con manifestaciones de atender en demasía (sobrepotección) a las necesidades del hijo. Estos rasgos corresponden a los criterios diagnósticos del \*DSM-III.\*

**SRA. C.B.** Es una personalidad dependiente-pasiva, se muestra carente de confianza en sí misma, permite que su cónyuge decida lo que se debe realizar, tanto en la casa, como con su hijo, llega a experimentar depresión, y gran incomodidad cuando se siente sola, con preocupación constante de que su esposo la abandone, no importándole sus propias necesidades y que él sea alcohólico, sus rasgos corresponden al criterio de diagnóstico del \*DMS-III, se presenta sola a la entrevista. Tiene poca capacidad de insight, evade sus problemáticas, en relación con su hijo se encuentra en la etapa de negación manifestando que lo único que tiene es problemas de lenguaje y que está muy consentido.

**SRA G.G** Es una persona con discapacidad intelectual, refiere la madre que este diagnóstico se lo dieron, desde que su hija estaba en la escuela y reprobaba constantemente desde primer grado, y al realizarle "electros", le dijeron que tenía retraso mental, comenta que siempre ha tenido problemas para aprender, ha sido rebelde y con dificultades para relacionarse con otras personas, presentó en la entrevista nula capacidad de insight. Es una persona inmadura con rasgos infantiles, lo que le provoca ser dependiente. Su relación con su hijo es conflictiva, agresiva en ocasiones sin saber poner límites. Tiene también problemas con su madre porque ésta quiere intervenir en su manera de educar a su hijo. Por requerir del apoyo de la abuela, se le invita también al grupo.

**SRA G.G. (ABUELA)** Es la mayor del grupo. Presenta un estado de depresión atípica, corresponde a esta categoría de acuerdo al \*DSM-III, porque satisface los criterios de gravedad o duración de otros trastornos afectivos; también muestra durante la entrevista un estado de ansiedad por los problemas que tiene su hija y nieto (ambos con discapacidad intelectual). Es un poco tímida pero en la entrevista se muestra colaboradora. La timidez no le impide hablar de sus dificultades. Se le aprecian aspectos maternos y tiernos; muestra actitud de agradecimiento porque se le atiende. Aunque expresa sus dudas sobre sí a su hija no se le dificultará estar en el grupo. En cuanto a la hipotética relación en el grupo, se le imagina como una persona que puede aportar elementos constructivos, de tolerancia, que contrarrestarán los posibles choques de su hija.

**SRA C.C.** Es una persona de carácter fuerte, que le viene de un padre autoritario a decir de ella, plantea como problema central sus dificultades para controlar la agresividad de su hija; chocando por ello en sus caracteres. Muestra rasgos de personalidad depresiva, manifestando periodos de tristeza, que se acompaña de dolor de cabeza y mareos, sentimientos de insuficiencia, pérdida del amor propio, irritabilidad o ira excesiva, principalmente en su manera de explicar las discusiones con la hija y en ocasiones con el esposo, revelan aspectos ariscos y difíciles que justifican lo que ella misma califica de persona "de carácter fuerte". De acuerdo a estos síntomas, el criterio diagnóstico según el \*DSM-III es de Trastorno Distímico. Con respecto a la discapacidad de su hija manifiesta sentimientos de culpabilidad, lo que la lleva a ser inconstante en el manejo de su hija, llegando en ocasiones a sobreprotegerla, llegando a lamentarse por los acontecimientos.

**SR. C.C. (ESPOSO DE LA SRA C.C)** Prevalece en él una personalidad con rasgos narcisistas, su relación con su hija le ocasiona reacciones de amenaza contra el amor propio y se muestra poco tolerante hacia las conductas agresivas de ella, provocándole explosiones iracundas, revelando desilusión ante las características de ésta, que lo llevan en ocasiones a tener sentimientos depresivos; esto le hace sentir la pérdida de continuidad de

de él mismo, ya que se considera un hombre exitoso en su trabajo, con grandes logros, por lo que se cuestiona, del porqué tuvo una hija con estas dificultades, ocasionándole desde su nacimiento problemas y desequilibrios en su relación de pareja, por lo que se muestra interesado y participativo para ingresar al grupo. De acuerdo a sus características y a los criterios del \*DSM-III se clasifica en este trastorno de personalidad.

**SR. M.V.** Es una persona tranquila, dice tener necesidad de hablar de sus problemas y muestra síntomas de ansiedad, lo que se ha incrementado a raíz de la muerte de su esposa y al tener que hacerse cargo de sus hijas. Es una persona cooperadora, que muestra capacidad de insight, estableciendo un contacto en sus relaciones y colaboración con el otro, aceptando sugerencias y con gran necesidad de orientación para la atención de su hija.

Una vez realizadas las entrevistas, se comienza el grupo con estas ocho personas.

\*Estos criterios diagnósticos se obtuvieron de la sintomatología planteada por Goldman H. (1987)

## **SESIÓN 1°**

### **ETAPA INICIAL DE CONSTITUCIÓN DEL GRUPO.**

En este periodo se observan ciertos procesos como la ansiedad inicial del grupo, presentando la gran mayoría una sensación de extrañeza lo que dificultó el establecimiento de una interacción natural; preguntando los participantes acerca del propósito de las reuniones y lo que se esperaba de cada uno de ellos.

Acuden las ocho personas que conforman el grupo. La SRA.P.R inicia la sesión preguntando acerca de lo que se espera de ellos en estas reuniones a lo que la abuela G.G responde que considera que se trataran temas acerca de las dificultades en las relaciones con sus hijos que presentan Discapacidad Intelectual. Este tema llevó varias sesiones y en muchos de ellos, los participantes esperaban orientaciones dirigidas hacia como debían comportarse.

**OBSERVADORA.-** La terapeuta describió la atmósfera general de desconfianza que pareció prevalecer en la primera sesión. Se le dirigieron comentarios pseudo hostiles con el evidente propósito de averiguar que clase de persona era. Debido a que era designado como "Líder", los miembros del grupo se inclinaban a considerarla como figura de autoridad.

**TERAPEUTA.-**Aprovechando esta inquietud se dio el encuadre de las reuniones estableciendo horarios, días de reunión y reglas dentro del grupo, como no ausentarse del mismo durante el tiempo que se está en reunión, no actuar con agresiones físicas y/o verbales para con otros, la confidencialidad de lo que se diga en el grupo. Se les comentó que la temática a abordar es responsabilidad e iniciación propia del grupo.

La ambigüedad que imperó en toda la experiencia causó gran parte de la inquietud inicial. Cada miembro luchó para descubrir alguna postura que facilitara su interacción con los demás. Así, cada persona probó una serie de modos de interacción, buscando el más reconfortante de todos. La manera de sentarse, lo mismo que el alcance de conversación se convertían en medidas de la posición ocupada por cada individuo en el grupo.

**OBSERVADORA.** La SRA.P.R y la SRA.C.C por sus características de su personalidad, dominaban en gran parte la conversación, con respecto a las características de sus hijos, encontrándose en ocasiones oposiciones con la SRA. G.G, la cual trataba de llamar la atención sin tener conciencia hacia donde dirigir realmente la temática.

**SRA.P.R.** Yo considero que estamos en estas reuniones para encontrar similitudes en la crianza de nuestros hijos, pero mi hijo ya ha superado muchas de sus dificultades, volviéndose más independiente.

**SRA C.C..** No yo consideró que estas reuniones más que encaminadas a los hijos van en relación con nosotros como padres, en nuestra fallas o no.

**SRA G.G.** Yo creo que es la maestra quien nos tiene que decir como la escuela va a atender a nuestros hijos.

**ABUELA G.G.** Dirigiéndose a su hija, "espera que sea ella quien nos diga de que va a tratar".

**TERAPEUTA.** Los temas a tratar serán libres, el que ustedes quieran tratar en las sesiones.

**SRA C.B** Pero usted es quien nos tiene que decir que vamos a hablar o tratar.

**TERAPEUTA.** Ella acaba de expresar algo contra lo que todo el grupo está luchando. Esperando que yo les diga que hacer.

**COMENTARIOS A LA SESIÓN.** Lo que se comentó y se vivía en esta sesión fueron claras muestra de que un reforzamiento narcisista se había aplicado, lo cual sugirió la presencia de un afán narcisista de los miembros predominantes y la necesidad de dependencia de los otros.

## **SESIÓN 2°**

En esta sesión se inicia con torpes esfuerzos para comunicarse unos con otros, los participantes experimentaban una renuencia general a hablar y comprometerse, no encontraban la manera de predeterminar como los demás fueran a recibir cualquier declaración por parte suya. Se establecen frecuentes bromas hostiles entre ciertos miembros del grupo.

**TERAPEUTA.** Se observa una atmósfera de desconfianza.

**SR: M.V.** Lo que pasa es que nos estamos conociendo y no sabemos que platicar.

**OBSERVADORA.** La mayoría de las interacciones iniciales entre los miembros del grupo se establecen con el fin de familiarizarse unos con otros y sobre todo con la terapeuta tan silenciosa y que les parece tan imponente. Una sensación bastante generalizada de ansiedad se refleja en los silencios y las interacciones verbales vacilantes que se efectúa durante esta fase.

**SRA P.R.** Yo quiero comentarles el porque estoy en este grupo. Mi hijo tiene "retraso en su desarrollo" y hemos recurrido a muchos médicos, los que nos decían que no iba a hablar, ni a caminar, yo pensaba que no había de esperar nada de él, sino tenia que ayudarlo en todo lo que puedo, pero yo creo que mi hijo ha superado muchas de sus dificultades, porque yo le enseñe a caminar y a vestirse y aunque ha tenido problemas para hablar y para aprender en la escuela, su discapacidad no lo limita".

**SRA G.G.** Eso mismo me ha pasado pero ya ven mi hijo aunque no habla bien, ya se da a entender y hasta groserías dice.

**SRA C.C.** Yo igualmente he recorrido muchos médicos, buscando que me den respuestas para que mi hija mejore también le diagnosticaron hiperactividad y retraso mental, pero lo que tiene es dificultades para hablar, lo que me ha costado mucho trabajo que avance (llanto). Pero hay que ser más fuerte que la desgracia, y los hijos nos deben de unir más que separarnos.....pero es difícil.

**OBSERVADORA.** Una cierta cordialidad imaginaria invade la interacción entre los miembros del grupo más similares.

El grupo parece dividirse en parejas y tríos, compuestos cada uno por miembros que viven situaciones similares y que son capaces de identificarse entre sí. Se establece un gran silencio.

**SRA C.C.** Quiero platicarles los problemas que se han dado entre mi esposo y yo.....llanto..... desde que nos dieron el diagnóstico de mi hija, mi esposo me culpaba de que naciera así, me gritaba todo el tiempo y empezó a tomar y llegar tarde a casa.....Llanto..... Ahora se ha dedicado a su trabajo y no se quiere meter con la educación de mi hija y me dice que ésta es mi responsabilidad..... y yo me he dedicado en cuerpo y alma a enseñarle a mi hija, primero a que comiera sola, lo hacía jugando con ella y ahora, ya lo hace sola.

**SR.C.C.** Guarda total silencio, ante los comentarios de su esposa.

**SRA G.G** Dice "lo que a mí me ha costado trabajo es enseñarle a mi hijo a vestirse y lo tengo que levantar más temprano para que lo haga, pero le cuesta mucho trabajo levantarse y le tengo que pegar".

**SRA P.R.** le responde agresiva "Así no se educa a los hijos, tiene que tenerle paciencia ya que a golpes no va a aprender nada, es usted la primera que tiene que atenderse".

.....Todos quedan en silencio.....

**SRA G.G.** Comenta agresivamente "Yo se lo que hago con mi hijo y no me van a decir que hacer, es por esto que ya no quiero traer a mi hijo a la escuela".

**SRA G.G. (ABUELA)** La reprime diciéndole que no pelee que escuche y que le va a servir lo que otros le dicen.

**TERAPEUTA.** Se está hablando de las dificultades para enseñar a los niños que aprendan a comer solos, a vestirse solos, que aprendan a responsabilizarse de ciertas cosas para su vida. ¿No sucederá algo así, en el grupo, cuando esperan que sea yo quien asuma la responsabilidad de enseñarles a ustedes?

.....Gran silencio de todo el grupo .....

**SRA G.G** Es lo que yo esperaba que pasara en el grupo, que me enseñen a atender a mi hijo.

**SR. M.V.** Apoya esta situación manifestando "Desde la muerte de mi esposa, yo he necesitado que me guíen para atender a mi hija, porque es caprichosa y le cuesta trabajo obedecer". Con mi hija no me siento solo, mi hija me lo llena todo.

**SR. P.R.** Hay personas que encuentran las respuestas a lo que deben hacer en ellas mismas y la vida nos va enseñando, y es importante estar seguros de lo que se hace.

**SRA. C.B.** El Sr. P.R. es muy seguro y podemos aprender de él.

**TERAPEUTA.** Parece que el grupo necesita mantener una imagen de un guía y el Sr. P.R parece tener las características que esperan para que sea el que guíe al grupo, que sea el papá del grupo, el alma del grupo..... Tal vez porque yo como terapeuta no soy buena mamá que les resuelva todo.

.....El grupo permanece en silencio.....

**SR M.V.** Bueno a veces dependemos de otros y en este grupo yo creía que podía depender de usted.

**SRA. P.R.** Pero no todos estamos en posición de depender de otros.

**SRA C.C.** Estoy decepcionada de no encontrar soluciones rápidas, aunque hay otros que lo toleran más.

**COMENTARIOS DE LA SESIÓN.** El grupo introduce el problema de alguien necesitado, como son los niños para aprender a comer, vestirse y en definitiva crecer (implícitamente los pacientes en el grupo) se perfilan dos posturas la de la relación dependiente que esperan que la terapeuta les de consejos y otra que expresa su autonomía expresando que solos pueden encontrar las reflexiones.

### **SESIÓN 3ª**

En esta sesión acuden siete de los miembros. Falta la SRA C.B que se ha disculpado vía telefónica.

Inicia la sesión con un gran silencio que es roto por la **SRA P.R** diciendo que "La sesión pasada me ha hecho pensar bastante y tenía muchas cosas preparadas para decir, pero ahora no me acuerdo bien de lo que quería decir. Pero la sesión pasada me hizo pensar en mí manera de decir las cosas, ya que le contesté enojada a la señora G.G acerca de que no es manera de tratar a su hijo.

**SRA G.G.** "No se preocupe ya estoy acostumbrada a que me contesten con pleito, porque yo soy así muy peleonera y sí me buscan me encuentran, pero no soy rencorosa y no hay turrón".

**SR. M.V** "A mí no me gusta que la gente se pelee, porque yo soy muy tranquilo y me siento ansioso al escuchar pleitos o enojos". Continúa diciendo "Me quede la sesión pasada con un cierto sentimiento de culpa, porque la Sra C.C explicó su historia, que ha sido difícil, como la de todos y creo que le debió de costar mucho trabajo hablar y nadie le dijimos nada".

**SRA C.C.** Responde inmediatamente para decir "No tuve ningún problema, ya que siempre que expliqué mis cosas, generalmente lloro, pero no esperaba que nadie me dijera nada; tampoco es tan importante que te digan algo especial".

**OBSERVADORA.** La Sra y el Sr, P.R están de acuerdo en decir que a ellos no les quedó esa impresión, que habían escuchado con atención a la Sra C.C. pero luego no tenían nada que decir, porque en algunas cosas se sintieron identificados.

**SRA G.G. (ABUELA)** "No debemos esperar que nos den apapachos aquí, a lo mejor los recibimos afuera.



**SRA P.R.** "Con lo que hemos vivido con nuestros hijos, porque nuestros hijos siempre serán nuestros hijos, no es tan importante que nos digan palabras de apoyo y menos de quien menos nos lo esperamos; por eso cuando yo digo algo, lo digo para ayudar, como lo que le dije a la Sra G.G de que no tratara así a su hijo, fue para ayudarla. Pero algo debe fallar en mí, porque digo las cosas de una manera que luego me rechazan y me quedo sola.

**OBSERVADORA.** La Sra P.R ha hablado con firmeza, pero al final de su discurso, se comienza a emocionar de manera manifiesta, sobre todo al referirse a que se queda sola. Varios integrantes del grupo intervienen para decir que ella es la más fuerte del grupo y que aquí no se quedará sola.

.....Gran momento de silencio.....

**SRA C.C.** "Es cierto, es importante la manera de decir las cosas, yo he aprendido a decir las cosas más en broma, con picardía, porque tengo un carácter fuerte y cuando quiero decir algo para herir, parezco una víbora. Por eso, ahora, para decir verdades, que puedan herir las digo con picardía.

**SR C.C.** "Eso es lo que me molesta y por eso peleamos, porque yo considero que decir las cosas entre bromas o con picardía como ella dice, pero en realidad es con groserías, es falsear, es ser hipócrita".

**SRA C.C.** Se justifica diciendo "Me refiero a decir verdades pero sin falsearlas y como eso ocasiona problemas con mi esposo, trato de hablar lo menos con él.

**SRA. G.G.** "No se trata de oír pleitos entre ustedes, sino de platicar todos y lo que dicen no es para pelearse, yo también hablo con groserías con todos y con mi hijo, porque así nos entendemos".

**SR. M.V.** "Yo veo a todos espontáneos y la manera de hablar no significa que la Sra P.R. sea agresiva, sino que a veces hay verdades que duelen, pero yo creo que la Sra P.R ve las cosas mejor que los demás".

**TERAPEUTA.** Se ve que el grupo está muy interesado en resaltar las cualidades de la Sra. P.R. en el sentido de que es tan fuerte, sabe tanto que es el alma del grupo, pero parece que no pueden ver que hace un rato que está llorando y que está hablando de sus necesidades de afecto, por tanto parece que el grupo necesita mantener esa imagen de la Sra P.R. porque así pueden esperar que sea ella quien se haga cargo de las dificultades que puedan surgir en el grupo, así como en la sesión pasada al Sr P.R. Los visualizan como papá-mamá que les resuelven todo. Como todo lo que les quieren resolver a sus hijos.

.....Se presenta un gran silencio.....

**COMENTARIOS A LA SESIÓN.** Se puede decir que el grupo ha estado en contacto con aspectos infantiles de sus miembros y con los problemas que ello plantea en la situación grupal.

Se introduce el tema de la sesión anterior y la oportunidad que ofreció el grupo de reflexionar sobre un aspecto difícil de uno de los miembros, es decir su manera contundente y de apariencia agresiva de decir las verdades. Esta intervención permitió al grupo dar continuidad.

contundente y de apariencia agresiva de decir las verdades. Esta intervención permitió al grupo dar continuidad.

Vemos explícita la relación dual madre-hijo, cuando una de ellas comenta como "no esperaba nada" de su hijo y en cambio se ofrecía a ayudarlo en todo lo que podía. Son palabras de desesperación, y todo lo que puede darle a nivel de ayuda y cuidados que asume como un deber, no como un deseo, no alcanza a llenar el vacío que implica ese "no esperar nada" de él, generalizándose este sentimiento en el grupo, lo que ha implicado arrinconar a sus hijos y no permitirles el intercambio social, estas palabras implican rechazo hacia sus hijos.

#### SESIÓN 4ª

Se inicia la sesión con todos los miembros del grupo y en el inicio se establece un gran silencio, que ninguno de los miembros se atreve a romper.

**SR M.V** Me preocupa que lo que yo diga no interese al grupo, yo creo que por eso nos quedamos callados.....No tengo porque desconfiar de nadie, pero me cuesta trabajo hablar de mí.

**SRA G.G.** A mí también porque pienso que me van a criticar y a decirme que estoy mal.

**SRA C.C.** Yo nunca he estado en un grupo y no se si sepa lo que se debe hacer.

**TERAPEUTA.** Esperan que yo diga las metas del grupo, pero son ustedes quienes tienen que plantear que esperan del trabajo grupal.

.....SILENCIO.....

**SRA P.R** Espero lograr el suficiente coraje para tratar de hacer las cosas por mí misma y no en función de mí hijo.

**SR P.R** Yo espero que en este grupo me pueda sentir mejor conmigo mismo y con mis posibilidades apoyar a mi esposa.

**SRA C.C.** Espero que no me afecten el deprecio que le hacen a mi hija, al grado que siento que me agraden a mí y me provoca enojo contra todos.

**SR. C.C.** Quiero poderme acercar a mi hija y a mi esposa, que se mejore nuestra relación.

**SRA. C.B.** Yo deseo ayudar a mi hijo para que aprenda a hablar y que sea un niño normal y dejarme de sentir que fue mi culpa que naciera así, por haber tenido muchos hijos y porque su papá tomaba.

**SR M.V** Lo que yo espero del grupo es que me orienten a guiar a mi hija y no sobreprotegerla, porque es muy rebelde; también quiero quitarme este dolor al perder a mi esposa.

**SRA G.G.** Yo vengo porque mi madre quiere que aprenda a no pegarle a mi hijo y saber educarlo.

**SRA G.G. (ABUELA)** Lo que espero es apoyar a mi hija en la crianza de mi nieto y quitarme este miedo de que algo les pase, que ella acepte que su hijo tiene retraso.

**SRA C.C.** ¿Solamente hablaremos de nuestros hijos?

.....SILENCIO.....

**TERAPEUTA.-** ¿Qué piensan los demás?

**SR P.R.** No yo creo que podemos hablar de todo, así como de nuestros hijos, también de nosotros mismos.

**SR. C.C.** Yo soy muy callado y me cuesta trabajo hablar de mí o de mi familia y no sé cómo hacer que los otros sepan lo que pasa dentro de mí.....y a lo mejor sí hablo pienso que los voy a aburrir.

.....SILENCIO.....

**TERAPEUTA.** En este grupo prestaremos atención a lo que ocurre aquí y ahora y en sus reacciones. Mi tarea consiste en facilitar la comunicación, no dirigirlo y ustedes observaran los patrones de relación que se establecen con sus compañeros y mi trabajo consiste en ayudarlos a comprobar como sus experiencias similares influyen en su forma de percibir a los otros y reaccionar ante ellos.

**SRA P.R.** O sea que podemos hablar de lo que sea, de cómo nos sentimos con nuestros hijos y así entenderemos porqué nos comportamos de esta manera con otros?

**TERAPEUTA.** ¿Qué piensan los demás?

**SR. M.V.** Yo creo que al escuchar a otros que han pasado por situaciones iguales a las mías, aprenderé cómo lo resolvieron ellos y qué es lo que han hecho y me ayudará.

**SRA C.B.** Yo creo que las sugerencias que da la Sra. P.R me sirven a mí.

**SRA G.G.(ABUELA)** Es lo que yo le digo a mi hija, que no tome a mal lo que le digan en estas reuniones porque le servirán para aprender muchas cosas de otros.

**SRA C.C.** Sí por ejemplo yo me sentí igual que la Sra P.R. en como decía las cosas agrediendo a todos y como me sentí igual que ella.

**SR. M.V.** Lo más importante es respetarnos y no agredirnos entre nosotros mismos.

**TERAPEUTA.** Se observa en esta sesión un miedo generalizado a dejarse conocer por los otros, más allá de la imagen que presentan día con día y da temor ser juzgado.

**SR. C.C.** Sí se me figura que este grupo es como encontrarme delante de una puerta cerrada pero sin ganas de abrirla por temor a lo que encuentre detrás.

**SR. P.R.** Sí es que detrás de esa puerta estamos todos los que hemos vivido muchas cosas con nuestros hijos y me preguntó en que grado puedo confiar mis sentimientos a estas personas.

**SRA G.G.** Es eso, cómo puedo decir algo, sin miedo a que me critiquen.

**TERAPEUTA.** ¿Es saber cuanto son aceptados cuando no son amables?.

**SRA P.R.** ¡O cuando somos demasiado amables!.

**SR. M.V.** Yo creo que es bueno compartir y apoyarnos.

**COMENTARIOS A LA SESIÓN.** El grupo pudo tolerar las diferencias y la movilidad de roles y enfrentamientos, es decir el grupo se ha constituido, con una estructura de cierta flexibilidad que le hace más fuerte y menos amenazado por las ansiedades de desintegración.

## **SESIÓN 5ª**

Asisten todos los miembros del grupo e inicia la sesión la **Sra. P.R.** "Me quede pensando en la sesión pasada y me he llegado a preguntar ¿porqué tengo que revelar mis sentimientos privados en este grupo? ¿para qué servirá esto?

.....SILENCIO.....

**SR. C.C.** Sí, yo también lo he pensado y temo que si digo lo que realmente pienso y siento, el grupo me rechace o usted me rechace.

**SRA P.R.** Yo he sentido que usted se comporta como un juez, fría y sin interesarse por nosotros.

**SRA G.G.** Sí, usted no nos da mucha libertad para hablar, a veces cuando he hablado me interrumpen otros y usted mejor escucha a otros, usted controla todo.

**TERAPEUTA** Lo que se manifiesta es que me perciben como una autoridad, alguien que controla

**SR. M.V** Sí a lo mejor una de las razones por las que no abro mis sentimientos y mis dolores, es que siento que usted me va a presionar para llegar más allá de donde deseo llegar.

**TERAPEUTA.** ¿Ir más allá significa aceptar los sentimientos que se tienen y revivirlos, eso causa dolor y ansiedad?

.....GRAN SILENCIO.....

**SRA G.G.(ABUELA)** Es que revivir lo que se ha pasado con los hijos, recorriendo médicos, sí, es doloroso..... (llanto) por ejemplo cuando mi hija salió embarazada y yo sabía que mi nieto podía salir mal, me preocupe y me preocupa, quién los va a cuidar cuando yo ya no este.....(llanto)

**SRA G.G. (Llorando)**.....Yo por eso estoy aquí, para que mi madre.....no se preocupe, yo voy a aprender a cuidar a mi hijo... porque no necesito a nadie, por eso lo regaño para que aprenda.

**SRA P.R.** Creo que te gusta (dirigiéndose a la Sra. G.G.) llamar siempre la atención y por eso dices y dices que corriges a tu hijo pegándole, pero yo creo que aquí en el grupo estábamos hablando de algo más profundo; de cómo poder intimar entre desconocidos, si nos vemos una vez por semana. De repente siento que no tengo nada en común con ustedes, a no ser que nuestros hijos van a la misma escuela de Educación Especial, yo me siento diferente aquí en el grupo que afuera.

**SRA.C.C** Creo que la Sra G.G. al decir que le pega a su hijo trata de molestar y desagradar a todos en el grupo, y con esto espera recibir la atención de la Dra. de una manera especial, diferente a todos; creo que se pone celosa, cuando otros se muestran interesados por otros.

**OBSERVADORA.** La Sra G.G lo negó y luego el grupo discutió la expectativa de ésta paciente de atención y servicios de todos sin un recíproco "dar".

**SRA C.C.** No, no quiero llamar la atención, al contrario mejor me alejo de los demás, así con mi familia, si no me prestan atención mejor me aílo y me enojo.

**TERAPEUTA.** ¿Es una defensa aislarse del grupo?

**SRA G.G.** No, me mantengo callada, porque si no, peleo, desde que nació mi hijo he sentido este sufrimiento y hasta me he querido morir, con el, para ya no tenemos que apartar de los demás o causar problemas. Me defiendo más cuando peleo y respondo a los que me ofenden u ofenden a mi hijo.

**SRA G.G. (ABUELA)** Pero no hablan de ese tipo de defensas agresivas, sino de cerrarnos a no sentir el rechazo.

**SRA.C.B.** Ese tipo de defensas es el que hemos hecho siempre, cuando se trata de que "ven feo" a nuestros hijos, por eso no dejamos que se separen de nosotros, pero yo creo

que en este grupo podemos sacar nuestros verdaderos sentimientos y yo entiendo a la Sra G.G. porque yo también me he sentido sola.

**TERAPEUTA.** En esta sesión ha prevalecido un sentimiento de soledad y hostilidad reconociendo que sí se pueden expresar sentimientos aún entre extraños que conforman el grupo.

**COMENTARIOS DE LA SESIÓN.** Se observa durante la sesión las resistencias que los miembros tienen como parte básica del proceso grupal. La resistencia hacia el auto-conocimiento se presenta a menudo a modo de resistencia hacia los demás. Se pretendió ayudar a los miembros a aprender sobre sí mismos mediante la exploración de sus reacciones a los otros miembros.

Vemos también cómo a medida que los padres pueden hablar se van separando de ese lugar que les tiene tan unidos a sus hijos, sin contemplar siquiera la posibilidad de una separación, en la vida ni en la muerte.

## SESION 6ª

Inicia la sesión el **SR M.V.** comentando: "La sesión pasada me hizo reflexionar acerca de porqué la mayor parte del tiempo permanezco callado. Reflexione que es una forma de defenderme, de no sentir el dolor de la soledad"

.....SILENCIO EN EL GRUPO.....

**SRA. P.R.** ¿Porqué se siente solo?

**SR. M.V.** Desde que murió mi esposa.....yo he sentido mucha responsabilidad de sacar a mis hijas adelante .....(llanto).....me he sentido solo, me he preguntado ¿Porqué me ha dejado?.....¿seré capaz de superar este dolor?.....¿soy responsable de que mi hija tenga problemas en la escuela?.....(llanto)

.....SILENCIO DEL GRUPO.....

**SRA. P.R.** ¿Nos quiere relatar su historia?

**SR. M.V.** Sí..... es algo difícil de hablar y que me he guardado mucho.....  
.....Sin embargo todavía no estoy preparado para hablar.....

**OBSERVADORA.** Silencio bastante largo en donde los miembros manifiestan movimientos nerviosos, cruzan y descruzan las piernas, repiquetean los dedos, mueven anillos etc.

Rompe el silencio el **Sr. C.C.** "Yo me siento igual que el SR M.V., me siento solo porque me he alejado de mi esposa y de mi familia; ha sido duro aceptar que mi hija no puede ser como los demás y esto me ha llevado a sentirme culpable de que mi hija naciera así, y al enojarme, me enoja conmigo mismo y por eso mejor me alejo y me mantengo al margen, para que mi esposa sea la que se encargue de mi hija.....Es duro cuando le dicen a uno que su hija no va a poder hacer nada....."

**SRA. C.C.** Sí, pero es mucho más duro cuando tú te alejas y no te haces cargo de nada.....

**SR. C.C.** Es mejor alejarme.....a que mi hija vea todos los pleitos y gritos.

**SRA C.C.;** Si yo grité es porque me desespero, pero tu gritas porque sí!

**SR. C.C.** Grito porque me desespero, porque también tú me has alejado de mi hija.... ¿te acuerdas cuando era pequeña y me acercaba y me decías que no la inquietará?

**SRA. C.C.** Sí, pero también te acuerdas que cuando era pequeña, si tenía hambre o frío no te enterabas, o bien cuando le dabas un beso, era como si besaras una mesa?

**SR. C.C.** No lo que pasa es que tenía miedo, miedo de no saber tratarla, y tú te dedicabas a llorar y nunca te diste cuenta que yo también lloraba, pero a solas, porque siempre sabemos que los hombres no lloran, pero yo sí llore por mi hija, por no saber ser padre.....

**SRA. C.C.....(LLORANDO)** Es la primera vez que escucho lo que mi esposo siente, porque nuestra relación siempre ha sido de pleitos por nuestra hija, porque la regaña constantemente y yo la defiendo y cuido, hasta de su padre.....

.....SILENCIO.....

**SRA P.R.** "Entiendo a la Sra C.C. porque yo también he pasado por eso, muchas veces me he enojado contra mi esposo, porque no entiende que yo tengo que defender a mi hijo de los demás, hasta de las exigencias de él mismo como padre y de los demás, por ejemplo es difícil cuando vamos a una reunión y todos miran "raro" a mi hijo; yo me vuelvo como leona y lo defiendo, porque siente uno que lo agreden a uno mismo.

**SRA G.G.** Sí, por eso yo antes no quería sacar a mi hijo de la casa, para que no lo criticaran.

**SR. P.R.** Eso ocurría al principio cuando mi hijo no podía hablar y caminar como otros niños de su edad, mi esposa ya no quería salir, ni a reuniones, ni a ningún lado. Pero yo le insistía, porque no podemos ocultar lo malo de nuestros hijos.....Sí, es doloroso aceptar que son diferentes, pero ocultándolos no se logra nada.

**TERAPEUTA.** Se diría que se quiere ocultar lo "malo" de nosotros mismos.

.....GRAN SILENCIO DEL GRUPO.....

**SR. M.V.** Yo creo que cuando los hijos no van realizando lo que uno espera y que uno ve que ellos sufren porque se sienten diferentes. Uno cree que ha actuado mal y quiere esconderlo. Como les decía, yo creo que cuando murió mi esposa de un infarto, yo me deprimí..... y no me ocupaba de mis hijas, la mayor tenía que hacerse cargo de todo y por eso cuando me di cuenta de que mi hija iba mal en la escuela.....yo me sentía culpable y le deje de llevar para que no se sintiera presionada.....pero más bien para esconderla de la crítica de los demás o esconderme a mí de no ser un buen padre.....

**TERAPEUTA.** Se observa en el grupo sentimientos de fracaso porque la discapacidad de sus hijos se vive con culpa y se sienten malas madres o padres.

**SR. C.C.** Ese sentimiento de fracaso me ha alejado de mi familia.

**SRA C.B.** Ahora que los he escuchado me he dado cuenta de que he tenido sentimientos parecidos, pero yo siempre que me han dicho que mi hijo es deficiente, ya sean los doctores o los maestros, yo insisto que no, que solo es que no quiere hablar bien.

**SRA G.G.** También mi hijo solo tiene problemas de lenguaje pero como ya está grande pues se ve diferente.

**SR. P.R.** Yo considero que también el decir que no tiene ese retraso, es una forma de ocultar que sí lo tienen.

**SRA G.G. (ABUELA)** Si con eso se defiende mí hija para exigirle más cosas a mí nieto y eso hace que cuando no pueda lo regañe y golpee, porque ella misma no acepta que ella es diferente y su hijo igual.

**SRA G.G.** En forma agresiva a su madre responde "Tú no te metas con lo que yo soy, porque yo soy normal."

**TERAPEUTA.** Es importante el no sentir que nos agraden con los comentarios y recordar la importancia del respeto en el grupo

**SRA. G.G.** Sí, yo se que aquí no debo pelear, pero es que me enoja que mí madre me crea una enferma.

**SR P.R.** No es eso Sra fue un ejemplo que dio su madre de lo que se está comentando.

**SR. M.V.** Sí, aquí podemos decir nuestros sentimientos y saber que nos escuchan.

**SRA P.R.** El hecho de acudir al grupo con alguien de la familia no nos da derecho de pelearnos entre nosotros.

**SRA G.G.** Bueno estoy de acuerdo.

**TERAPEUTA.** En esta sesión hemos rescatado la confianza entre ustedes que les ha permitido expresar sentimientos más profundos con respecto a sus vivencias y como lo han resuelto o no y como cada uno actuado de forma similar o no. Así como los sentimientos de soledad y culpa y como se reflejan en sus relaciones con otros.

**COMENTARIOS A LA SESIÓN.** Los miembros aportan material relativo a problemas individuales, se sienten más integrados y temen menos por la supervivencia del grupo, se observa mayor capacidad continente con mayor confianza en el grupo.

## **SESIÓN 7ª**

En esta sesión no se presenta la Sra G.G y su madre la Sra G.G(ABUELA) justifica su falta argumentando al grupo que se encuentra enferma de gripe.

**SRA. P.R.** ¿El que no asistiera su hija el día de hoy, no se deberá a que en la sesión pasada, tuvo un altercado con usted?.

**SRA G.G.(ABUELA)** No, no es por eso ya que seguido se pelea conmigo en casa y ya estamos acostumbradas, realmente es porque está enferma.

**SRA P.R.** Yo creo que a usted (refiriéndose a la Sra G.G(abuela)) le cuesta más trabajo hablar en el grupo, cuando su hija está presente, porque no solo vive usted la deficiencia de su nieto, sino también de su hija.

**SRA G.G(ABUELA)** Sí, me ha costado mucho trabajo, y es más difícil conforme ha ido creciendo, porque de niña, yo decidía llevarla al doctor y que tomara los medicamentos, para que no fuera tan agresiva, siempre la tenía cerca, aunque tenía más hijos, ellos también la cuidaban, nunca la lleve a la escuela, porque en ese entonces, uno no sabía de estas escuelas, nunca recibió educación (llorando) pero estaba en casa y jugaba y me ayudaba, por eso me fue muy difícil cuando creció tenerla en casa, porque conforme fue creciendo y empezó a andar sola, yo trataba de la acompañaran o bien que no saliera, porque tenía miedo de que la atropellara un coche, o bien que quedara embarazada, y así fue, ya no la podía controlar y se me salía, hasta que quedó embarazada y yo sabía que mí nieto podía salir mal.....(llorando) es muy difícil sacarlos adelante y quererlos guiar para que se sepan valer por ellos mismos.....GRAN MOMENTO DE SILENCIO

**OBSERVADORA.** El relato de la Sra G.G ocasiona ansiedad por la compenetración de manifestaciones repetidas que todos los miembros sienten al identificarse con la vivencia de sus hijos con discapacidad.

**SRA P.R.** Yo creo muy importante compartir entre nosotros lo que vivimos con nuestros hijos y lo que sentimos, por ejemplo cuando mi hijo tenía un año y parecía un bebé, no se sentaba solo, se le iba la cabecita.....(llorando) fueron tiempos muy difíciles llegué en ocasiones a sentirme culpable o culpar a mi esposo y yo me quería morir, junto con mi hijo.....porque sin mí él que va a hacer, en ocasiones he llegado a desear que el día que yo muera, también muera mi hijo. Porque conforme van creciendo y se van notando más las diferencias y uno como padre no sabe como tratarlos o que esperar de ellos, si podrán enamorarse, casarse, tener hijos, formar su familia, o no hacer nada y quedarse solos? son muchas las preocupaciones y el compartir tus problemas con otras personas, nos ayuda a no sentirnos solos.

**SRA C.B** Uno siempre se culpa, yo la entiendo, porque yo he sentido que es mi culpa que mi hijo no pueda hablar, porque como es el más chico y yo tuve muchos hijos, pues todos lo consentían y yo todo le entiendo con señas, por eso no se esfuerza por hablar y mi esposo también me reclama que es por eso que mi hijo no aprende a hablar..... Pero al entrar a la escuela pues ya trata de comunicarse, más con sus amigos, porque ellos no lo entienden.

**SRA C.C.** Es que siempre está uno pensando ¿porqué a mí? ¿porqué mi hija nació así? Uno llega a pensar que es castigo divino y empieza uno a renegar de su religión, porqué mi hija ha tenido que sufrir mucho..... y siente uno que no es justo.....(llantos compartidos y generalizados en el grupo)

**TERAPEUTA.** En el grupo se sienten identificados al escuchar que los otros viven situaciones similares y que no son los únicos que han pasado por esto. Se reflejan sentimientos de culpa, deseos de muerte y al compartirse, se comparten los sentimientos.

**COMENTARIOS DE LA SESIÓN.** Las barreras impermeables entre los miembros del grupo, cede ante el debilitamiento de las barreras de individuación y de conservación de identidad que se oponía a la comunicación y al establecimiento de un modo relativamente fluido e íntimo de interrelación por las vivencias compartidas.

## **SESIÓN 8ª**

Acuden todos los miembros a la sesión y se inicia con un silencio más corto que en otras sesiones.

**SRA G.G.** Justifica su falta de la sesión anterior por haber estado enferma de gripe comentando " En cuanto llegó mi madre le pregunte que es lo que había ocurrido, porque a pesar de que antes no quería venir, ahora siento que no quiero faltar al grupo.

**SRA C.C.** Es que en el grupo nos sentimos que formamos parte de algo en donde no nos rechazan, ni agreden a nuestros hijos porque aquí todos somos iguales.

**TERAPEUTA** ¿Nos sentimos agredidos al tener un hijo con discapacidad?

**SRA P.R.** No, es una bendición.

**SRA C.C.** Sí, a lo mejor sí y no lo queremos aceptar

**SR. M.V.** A lo mejor por eso respondemos con enojo hacia los demás

**SRA G.G.(ABUELA)**Sí, por eso nos defendemos siempre.



.....SILENCIO.....

**SR. C.C.** Pero siempre hablamos de nuestros hijos y como nos sentimos por ellos, pero no hablamos de nosotros mismos.

**TERAPEUTA.** Puede hablar de usted sí así lo desea.

**SR C.C.** Sí, quiero comentar lo disconforme que me siento conmigo mismo, me va mal en mi trabajo, con mi esposa, como saben ustedes que hemos tenido problemas y me cuesta trabajo hablar de mí, sin traer a colación a mi hija, que en ocasiones la culpo de que todo vaya así.....

.....SILENCIO.....

**TERAPEUTA.** Usted culpa a su hija de sentirse así, y no será que ya se sentía así antes de que naciera?

.....SILENCIO.....

**TERAPEUTA.** ¿Qué piensan los demás?

**SR. P.R.** Sí, yo por ejemplo me he preguntado como era antes de que naciera mi hijo.

**SR C.C.** Quiero compartir con ustedes que así me sentí cuando tenía diez años y mi madre dio a luz a unos mellizos, mis hermanos de los que tuve que hacerme cargo porque mi madre enfermó y no podía atenderlos, yo sentía que todo era un caos y se los dejé a mi hermana menor y yo me salía todo el día.

**TERAPEUTA** ¿Existe Semejanza en como vive actualmente a su hija como un caos y mejor se aleja?

**SR. M.V** Yo creo que todos en momentos deseamos alejarnos.

**TERAPEUTA.** ¿No queremos enfrentarlo?

.....SILENCIO EN EL GRUPO.....

**SR. C.C.** Quiero compartir un sueño que tuve y que me dejó muy inquieto "Un buen pedazo de carne estaba escondido bajo mi cama. Las ratas lo comían y cuando me acerque más , no vi ratas sino gusanos. Enseguida la carne apareció a medias comida y se convirtió en el cuerpo de una mujer y en esto me desperté"

.....CONTEMPLACIÓN SILENCIOSA DE TODOS LOS MIEMBROS.....

**TERAPEUTA.** ¿Esa mujer no simbolizará a su madre enferma y la amenaza de enfermedad y por eso se aleja y se aleja de su hija que le muestra la enfermedad?

**SR. C.C.** Relaciono eso con la culpa que le ponía a mi padre por haberla hecho concebir mellizos y poner en peligro la vida de mi madre y ahora yo soy culpable por darle a mi esposa una hija con retraso mental, por eso me vuelvo agresivo contra ella.

**SRA P.R.** Yo creo que cuando sentimos nosotros que somos culpables y no lo queremos aceptar, nos comportamos hostiles con los demás. Yo soy muy agresiva si me dicen algo que mi hijo no hace bien, por ejemplo cuando mi hijo se hace del baño en la escuela, siento que las maestras me culpan a mí por sobreprotegerlo.

**TERAPEUTA.** ¿Porqué siente que lo sobreprotege?

**SRA P.R.** Porque acudo inmediatamente a cambiarlo o me lo llevo a casa.

**SR M.V.** ¿y que pasaría sí no acude usted a arreglarlo o a llevárselo?

**SRA P.R.** Se bate y no se que ocurriría.

**TERAPEUTA.** ¿No sabe que pasaría sí no está la mamá buena?

**SRA P.R.** No, siento que mí hijo no es capaz.

**SR. M.V.** ¿No será que por eso lo hace su hijo, para que usted lo atienda?

.....SILENCIO.....

**TERAPEUTA.** El día de hoy hemos visto las semejanzas entre su pasado y su presente y como se identifican las dificultades de su infancia con su actuar presente. También observamos como los sentimientos de culpa nos hacen actuar agresivamente.

**COMENTARIOS A LA SESIÓN.** El grupo se encuentra en marcha con sus regresiones características y su cohesión hacia el trabajo de grupo. Se visualiza en esta sesión como uno de los miembros del grupo hace consciente la influencia de sus experiencias infantiles sobre su actual estructura de personalidad.

## SESIÓN 9ª

Inicia la sesión él **SR. M.V.** Fue muy interesante la sesión anterior cuando escuché el sueño del Sr C.C. y lo que se le dijo. Por eso hoy quiero compartirles el sueño que tuve en esta semana. "Un grupo de mecánicos ayudantes estaban trabajando con mí automóvil y yo dudaba mucho de que pudieran hacer bien el trabajo. Me apartaron con las palabras "nosotros sabemos lo que hacemos."

Después un médico me hizo un examen físico y me pidió que tragara una línea de pescado con su anzuelo lo que facilitaría el examen de mí garganta. Yo dudaba mucho de que esto pudiera ser útil y temía que me dañara"

.....SILENCIO EN EL GRUPO.....

**SRA P.R.**¿Los mecánicos podemos ser nosotros?

**SRA C.B.** Sí, el grupo somos los ayudantes ineptos.

**SR M.V.** Entonces el doctor puede ser usted como terapeuta.

**TERAPEUTA.** Al entrar a examinar su garganta y el miedo a que lo dañen, puede ser el miedo a que nos analicen por dentro.

**OBSERVADORA.** El grupo guarda un silencio contemplativo.

**SRA G.G.** El asistir a este es grupo es que estamos dispuestos a que nos conozcan por dentro.

**SRA C.C.** No que nos conozcan, sino conocernos nosotros y el grupo para saber como actuamos.

**SR M.V.** Es interesante como los sueños nos reflejan lo que vivimos

.....SILENCIO.....

**SR P.R.** Pero también lo que nos ocurre en la vida cotidiana. Yo quiero compartir un suceso que me está inquietando y es que tengo un amigo cercano que le detectaron una enfermedad terminal (cáncer) y que hace mucho tiempo que no veía, por nuestra costumbre actual de no relacionarnos mucho con otras personas, a raíz del nacimiento de mi hijo. Pero ahora que volví a ver a este amigo tan querido y saber que le queda poco tiempo de vida y que no compartimos muchas cosas.....(llanto).....me causa un gran dolor .....(sollozos).

**SRA C.B.** .....Yo creo que es mejor no preocuparnos por lo que no se ha hecho o no se tiene, ya verá como todo se resuelve.

**TERAPEUTA.** La Sra C.B parece querer animar al Sr P.R tratando de convencerlo de que todo se resolverá. Tengo la impresión de que se siente incomoda cuando ve sufrir a una persona, por eso se apresura a eliminar el dolor de la persona ¿Podría ser que usted misma intenta evitar las experiencias dolorosas?

**OBSERVADORA.** Este comentario advierte a la Sra C.B de la posible razón de su conducta en el grupo y ocasionó en ella una contemplación silenciosa que posiblemente llevará al insight.

**SRA. C.B.** Tal vez ahora que lo dice, me doy cuenta que en muchas ocasiones cuando veo llorar a alguien, hablo de otras cosas para no sentirme mal.

**SRA G.G.** Yo también sí alguien llora, yo termino llorando, por eso me alejo o hablo de otras cosas.

**SR P.R.** Yo creo que a todos nos ocurre ya que estamos más sensibles al dolor, por el dolor mismo que hemos tenido con nuestros hijos, por eso queremos ocultar o negar nuestro propio dolor. ¿Es posible que por esto la Sra M.B no acepte el diagnóstico de retraso de su hijo y siga insistiendo que únicamente tiene problemas de lenguaje?

**SRA C.B.** No, es que en realidad nada más le falta hablar, porque yo veo que es muy inteligente, sabe hacer muchas travesuras.....aunque la mayor de mis hijos me insiste que le hagamos otros estudios, yo pienso que para qué?, muchas veces los doctores se equivocan ¿o no?

**TERAPEUTA.** ¿Qué opinan los demás?

**SR M.V** Que muchas veces, cuando nosotros decimos que no tienen nada, que es flojera o como en mi caso, yo decía que mi hija iba mal en la escuela porque estaba triste por lo de su mamá, yo no me daba cuenta realmente de las dificultades que mi hija tenía y la regañaba y le exigía y ella sufría porque no podía. Cuando yo acepte que mi hija tenía un retraso en su desarrollo y que por eso no podía, la traje a esta escuela y ella responde mejor y ya no sufre porque sus compañeros la critiquen; por eso *"Yo, si estoy con una duda me preocupo más. Sabiendo la verdad uno puede cooperar más con su hija"*.

**SRA C.C.** Yo creo que podemos apoyarlos más si sabemos o aceptamos que tienen una deficiencia.

**SRA G.G.** Pero es difícil decir "sí, mi hijo es deficiente" porque muchas veces cuando nos lo dicen, sentimos, bueno yo siento que me están ofendiendo y me enoja

**SR. C.C.** Es que por eso ocultamos nuestro dolor.....

**TERAPEUTA** Y nos ocultamos de los otros, hasta de los amigos de antes como el Sr P.R. que ahora siente tristeza por no haber compartido más tiempo?

**SR P.R.** Sí.....creemos que nuestro dolor es único y no vemos a los demás que también sufren

**SRA G.G. (ABUELA)** Al darnos cuenta que los demás tienen un sufrimiento ya sea parecido al nuestro o diferente, nos podemos relacionar mejor con las personas.

**TERAPEUTA.** Vemos como el sentimiento grupal se refleja en el sueño de uno de los miembros en donde visualizamos un miedo a ser analizados y reflejar nuestros sentimientos, lo cual también se reflejó en como negamos el dolor y éste cómo nos ha hecho actuar con los demás en nuestras relaciones interpersonales.

Es importante evaluar en nuestras situaciones cotidianas como aplicamos lo manejado aquí en el grupo.

**COMENTARIOS DE LA SESIÓN.** En esta etapa se observa una mayor capacidad continente y confianza en el grupo, ya no existe dependencia a pedir consejos de cómo manejar a sus hijos, sino del trabajo de ellos mismos como personas.

## **SESIÓN 10ª**

En esta sesión falta el Sr P.R. notificando su esposa que fue debido a situaciones de trabajo.

Se inicia la sesión, integrándose más tarde la Sra C.C con el rostro congestionado y con la voz entrecortada por la tos y el ahogo, explicó que venía de una revisión médica del otorrino, porque padece mucho de gripas, expresó "el médico me forzó en forma ruda y a gritos, que me dejara introducir el espejito para revisarme la garganta"

**OBSERVADORA.** Los demás expresaron su solidaridad, manifestando su propio desagrado y rechazo por las revisiones medicas.

**SRA G.G.** Es horrible cuando nos revisan los médicos.

**SRA P.R.** Sí desde la espera que tenemos que hacer para que nos atiendan, hasta tener que soportar las agujas o revisiones de garganta.

**TERAPEUTA.** ¿El grupo no se estará refiriendo a un temor a de que como terapeuta pueda mirar dentro de ustedes; seré como el médico que quiso introducir su espejo en su garganta?.

**SRA C.C.** Sí, es que los médicos al mirar dentro de uno pueden ocasionar cosas. A mí me ocurrió que después de que nació mi hija, me quise volver a embarazar, pero después de una operación de una hernia, no pude volverme a embarazar, aunque los médicos me aseguraron no haber hecho nada que impidiera otro embarazo, pero yo no les creí.

**SR C.C.** Sí yo creo también que fue a raíz de esta operación que no pudimos tener más familia.

**TERAPEUTA.** ¿Existe desconfianza y temor de todo el grupo hacia los médicos, que al mirar dentro de uno descubran lo malo de uno mismo?

**SRA P.R.** A lo mejor por eso nosotros no nos atendemos y llevamos a nuestros hijos a revisión médica una y otra vez.

**TERAPEUTA.** ¿Estará en ellos lo malo de nosotros mismos?

**OBSERVADORA.** Un silencio significativo de todo el grupo, dramatizando con expresiones el rechazo a las revisiones médicas. Esta tendencia a la dramatización nos refleja el estado regresivo en la que se encuentra el grupo.

**SRA C.B.** No yo no lo creo, aunque no me gusta ir al médico, tampoco llevo mucho a mi hijo, solo en caso necesario y además después de tener tantos hijos, pues ya uno se acostumbra.

**SRA G.G. (ABUELA)** Uno nunca llega a acostumbrarse totalmente a sus problemas, siempre es necesario platicarlos y escuchar a otros porque es cierto, que a veces no queremos ver lo malo de uno mismo.

**SRA C.C.** Sí, generalmente vemos lo malo en los demás o nos lo reflejan los otros, por ejemplo yo veía a mi hermano muy débil de poco carácter y en ocasiones en el grupo el Sr M.V. me lo recuerda y me irrita en alguna forma.

**SR M.V.** ¿En qué forma?

**SRA C.C.** Bueno, usted es tan débil e indefenso, como mi hermano, que si estábamos en la cocina dejaba las puertas abiertas y se le caían los tenedores y había algo indefenso en él, pero se salía con la suya la mayoría de las veces.

**SR. M.V.** Yo no soy indefenso, lo que tengo es falta de coordinación.

**SRA. P.R.** Dirigiéndose a la Sra C.C. Usted siempre dice que está indefensa.

**SRA C.C.** No

**SRA P.R.** Usted se siente indefensa en el trato con su hija y su esposo.

**SR.C.C.** No, ella no está indefensa ante mí, por eso le exijo a mi hija.

**SR. M.V.** No es una acusación, es para ponerlo en conocimiento.

**SRA C.C.** Bueno sí.

**TERAPEUTA.** ¿Nos irritan las personas indefensas?

.....SILENCIO EN EL GRUPO.....

**SRA. P.R.** No yo creo más bien que para no sentimos indefensos agredimos a los otros.

**SRA C.C.** O nos enojamos porque vemos a nuestros hijos indefensos.

**SRA G.G.** Yo también siento eso.

**TERAPEUTA** O bien aquí en el grupo manifestamos los sentimientos que tenemos hacia nuestra familia de origen.

**SR M.V.** Yo en ocasiones he sentido que los del grupo son mi familia.

**TERAPEUTA.** Traemos al aquí y ahora lo que vivíamos con nuestra familia y nos refleja porque actuamos de tal manera.

Debemos recordar también que nos quedan dos sesiones.

...SILENCIO QUE MUESTRA UN ESTADO DE ANSIEDAD.....

**SR M.V.** Pero todavía falta conocemos más nosotros mismos.

**SR. C.C.** No, yo creo que da lo mismo.

**SR. M.V.** No, a veces en el grupo recordamos los sentimientos que queremos olvidar, por ejemplo cuando murió mi esposa, me sentí muy triste y no tenía ganas de realizar nada.

**SRA G.G. (ABUELA)** A mí me da tristeza que deba terminar el grupo porque me ha ayudado.

**SR. C.C.** A mí me da igual.

**SRA C.C.** Yo me siento enojada.

**TERAPEUTA.** Surgen muchos sentimientos ante la finalización del grupo. Principalmente actuamos enojados ante lo que no nos dan.

**SRA P.R.** Sí, es más fácil enojarse con los demás.

.....GRAN SILENCIO.....

**TERAPEUTA.** Por ahora aquí vamos a finalizar, nos vemos la siguiente semana.

**COMENTARIOS DE LA SESIÓN.** En esta sesión se observa la transferencia, que nos muestra como la primera constelación familiar se repite a sí misma y se refleja en constelaciones posteriores y como las actúan conflictivamente. Así mismo observamos los sentimientos depresivos y con visión de muerte ante la posibilidad de terminación del grupo.

### SESIÓN 11ª

En esta sesión acuden todos los miembros del grupo puntualmente.

Permanecieron sentados en un aislamiento silencioso durante un periodo de tiempo inusualmente largo desde el comienzo de la sesión.

**SRA. C.C.** Rompe el silencio refiriendo al grupo que había tenido un terrible problema con su gato "Debe de tener pulgas, aunque no he conseguido verle ninguna. La verdad es que quiero a mi gato, pero desde hace unos días cuando se me acerca me siento llena de picores y picotazos".

**SR. M.V.** ¿Por qué no le compra un collar antiparásito?

**SRA. P.R.** Yo padecía siempre de picores y alergias, porque tenía que llevar unos pantalones de lana, pero los odiaba; no soportaba el contacto con ella.....(nadie preguntó a que se refería, parecía estar claro para todos que se refería a su madre)..... Se suponía que me gustaban porque ella los tejía; se suponía que me abrigaban pero no era así, a ti refiriéndose a la Sra G.G te habrían gustado, creo que te hubieran dado calorcito. Tú tienes un tipo de piel que no siente los picores o los picotazos de las pulgas, ya ves como tienes tus dedos, aceptas las cosas que vienen.

**SR. M.V** Nada es bastante bueno cuando uno está solo, desolado; me siento en carne viva magullado. Antes me gustaba, pero ya no puedo disfrutar, me cuesta trabajo ahora que no está mi esposa.

**SRA G.G.** Este salón siempre me ha resultado tan antipático, está frío, solo con sillas, nada acogedor, ni siquiera un sofá.

**SRA C.C.** Y hoy parece que hace más frío

.....SILENCIO EN EL GRUPO.....

**TERAPEUTA.** Parece que mis intervenciones se han convertido en picaduras de pulga que irritan la piel y la inflaman.

.....SILENCIO.....

**OBSERVADORA.** Antes las aportaciones proporcionaban sostén y los pacientes que se habían sentido tocados por ellos se sentían acogidos y cuidados; ahora se les persuadía

para que aceptaran abrigarse con prendas que picaban, se suponía que tenían un tipo de piel que tolera cualquier cosa que se le ponga encima, tienen que cuidarse a sí mismos.

**TERAPEUTA.** ¿No será este sentimiento por la separación del grupo, ya que es nuestra penúltima sesión. Tendrán que cuidarse ustedes mismos?.

.....Se presenta un gran silencio que dura varios minutos.....  
.....Sintiéndose una gran tristeza.....

**SR P.R.** Tendríamos que aprender a responder afuera de la misma manera. A mí me ha servido para entender porqué responde uno agresivamente.

**SRA G.G.(ABUELA)** A mí me da tristeza que estas reuniones terminen.

**SRA G.G.** A mí también, después de todo aquí podemos hablar de todo.

**TERAPEUTA.** La finalización de algo, nos hace tener una serie de emociones. El grupo esta manifestando tristeza y no será que bajo esta tristeza se ha escondido el enojo?.

.....SILENCIO DE TODOS LOS MIEMBROS.....

**SR M.V.** Esto, me hace pensar que la tristeza que he tenido desde la muerte de mi esposa y el no atender a mi hija era realmente enojo porque mi esposa me abandono, yo quería esconder este enojo y la tristeza y la culpa no me dejaba actuar.

**TERAPEUTA.** Este enojo por el abandono, me hace imaginar al grupo como un astronauta que ha perdido de donde agarrarse y cae al vacío.

**SRA P.R.** Así me sentía cuando nació mi hijo con problemas y los médicos me abandonaban cuando me decían que no iba a lograr nada.

**TERAPEUTA.** ¿Será que la finalización próxima de las sesiones, los hace sentir que yo los voy a abandonar?

**OBSERVADORA.** Se termina la sesión en silencio, como elaborando la interpretación dada.

**COMENTARIOS DE LA SESIÓN.** Se observa que los miembros exhiben emociones básicas desde la elaboración de su posición depresiva, hasta la de evasión y lucha, manifestando interés por la preservación del grupo y observándose la ansiedad de separación.

## **SESION 12ª**

Se cumplen tres meses de la formación de este grupo y a pesar de que éste podría encontrarse en la fase de trabajo, se tendrá que finalizar por cuestiones institucionales.

**OBSERVADORA.** En esta sesión es significativo el cambio de lugares principalmente de dos de los miembros del grupo.

La **SRA C.C.** se sienta en el lugar que habitualmente ocupa la **SRA P.R.** y bromean sobre este hecho a lo que contesta:

**SRA C.C.** Ya lo resistiré

**SRA C.B.** Me temblaban las piernas al venir, porque en la mañana fui a que me quitaran una verruga como lentejita que tenía en la mano. Desde hace tiempo que me la tenía que

operar, pero fue hasta hoy que me decidí y siempre voy a recordar éste día por eso y porque hoy termina el grupo.

**SRA P.R.** ¿Y fue una operación?

**SRA C.B.** No, sí fue cirugía porque tenían que cortarlo pero fue en la clínica. Me dio mucho miedo, no se crean, ya quería salir corriendo.

**SRA G.G.** ¡Que miedo, debe de doler mucho!

**SRA C.B.** Un poco, pero era más el miedo a aceptar que tenía esa pequeña bolita y que me la tenían que quitar, que lo que fue, porque fue muy rápido. Estoy contenta de haberlo aceptado y haber decidido quitármelo.

**SRA C.C.** Parece que estamos muy nerviosos, todos hablamos y hablamos.

**SRA G.G. (ABUELA)** Parece que tenemos muchas ganas de hablar.

**OBSERVADORA** Todos los miembros hablan de manera rápida y excitada cuesta seguirles.

**TERAPEUTA.** Parece que el nerviosismo está en relación con ser la última sesión. Se observa temor de enfrentar ésta realidad y como la SRA C.B. todos quieren salir corriendo. Hablan mucho y rápido, para no enterarnos de esta realidad.

**SR M.V.** ¿No se podría crear otro grupo el siguiente ciclo escolar, para continuar con estas sesiones?

**SRA G.G.** A mí no me gustaría otro grupo porque habría otras personas y habría que empezar a tratarlos, mejor sería continuar con este aunque fuera de vez en cuando.

**SRA G.G. (ABUELA)** Sí, aunque fuera una vez al mes, porque yo creo que todas las personas necesitan un lugar donde hablar de sus cosas. Porque a veces tenemos los nervios de punta y viniendo aquí, como que me calmaba mucho, igual que mi hija.

**SRA P.R.** Pero como la decisión es de la terapeuta y de la escuela, pues no hay nada que hacer. Nos dijeron que eran tres meses y ya está, se acabo, no se como se podría hacer para continuarlo.

Yo me siento que ya no me va tan mal en la vida diaria con mi hijo, con los demás, me siento dispuesta a acabar; lo que me da tristeza es tener que despedirme.

**SR. C.C.** Yo me siento contenta de terminar, el venir al grupo me ha ayudado a comprender porqué me alejaba y ahora me he acercado más a mi esposa y a mi casa. No es que este bien en todo pero como que me enoja menos y creo que puedo continuar solo con mis problemas.

**SR. P.R.** A mí me da ilusión que se acabe y ver como me organizo solo.

**SRA C.C.** No me gustaría que acabara porque ahora que me voy dando cuenta de cosas, hay muchas otras que no se iban podido hablar aquí. Aunque uno resuelve cosas, como ahora aunque pase mal el fin de semana, lo resolví mejor.

**SRA P.R.** Usted siempre hace lo mismo, dice algunas cosas, pero no explica bien que ha sucedido, dice haber pasado mal el fin de semana, pero no explica que fue lo que le paso.

**SRA C.C.** Es que es una tontería, me trajeron a la casa una niña de una vecina que estaba enferma y todo el día estuve pendiente de ella y aunque mi esposo se enoja, porque tenía que cuidarla, no le hice caso y no me preocupe tanto.

**SR P.R.** ¿Qué piensa usted que le ha ofrecido el grupo?

**SRA C.C.** A sufrir menos y no enojarme tanto con mi marido y claro seguimos sufriendo y tenemos las preocupaciones de nuestros hijos con discapacidad pero no soy tan agresiva con mi hija como al principio.



**SR P.R.** Yo creo que eso es un gran avance. A mí me gustaría saber como me ven ustedes.

**OBSERVADORA.** Todos le dicen que no le ven grandes defectos, que lo ven bien.

**TERAPEUTA.** El SR M.V. ha estado muy callado en esta sesión, parece que está un poco lejos.

**SR. G.G.** Parece que le gusta estar solo.

**TERAPEUTA.** Parece que este distanciamiento no es tan cierto, sino que es un poco aparente, por la dificultad de decir adiós.

**SR M.V.** Sí, es difícil decir adiós.

**TERAPEUTA** Se puede observar como en todos ha existido un nerviosismo por tener que decir adiós, pero también se ha observado como el grupo, como lo expresó la SRA C.B. ha aceptado que tienen algo que deben enfrentar ¿serán sus hijos con discapacidad?

.....GRAN SILENCIO EN EL GRUPO.....

**SRA P.R.** Pero también hemos comentado que seguiremos con preocupaciones, que tenemos que enfrentar y aceptar a nuestros hijos, pero tendremos más herramientas para resolverlos.....

**TERAPEUTA.** Se ha visto en el grupo los deseos de continuar y preservarse como grupo; pero todo tiene un final y han encontrado respuestas al porqué de sus negaciones, hostilidades y ansiedades que han vivido y continuarán viviendo, porque acudir a un grupo no es borrar todo lo malo, sino saberlo enfrentar.

.....SILENCIO DE TODOS LOS MIEMBROS, ESPERANDO CONTINUAR Y NO FINALIZAR LA SESIÓN.....

**TERAPEUTA.** Con esto se cierran nuestras sesiones y tenemos que decir adiós.....

**OBSERVADORA.** Se establece un gran silencio, terminando en el momento que todos se despiden entre sí y de la terapeuta.

**COMENTARIOS DE LA SESIÓN.** En esta sesión se observó una evolución favorable en el grupo al cambiar de lugares, los miembros pudieron tolerar que otros ocupen el suyo, propiciando un cambio en ellos mismos. Se observó en la SRA C.B. que durante las sesiones negaba la discapacidad de su hijo y cómo a través de enfrentarse a la pequeña operación, manifiesta que debe aceptar lo que tiene.

La respuesta del grupo es de cierta resistencia ante la terminación, buscando posibilidades de continuar, para luego aceptar las limitaciones de la realidad de un compromiso contraído entre ellos, la terapeuta y la institución; los miembros del grupo expresan sentimientos diferentes, poniendo de manifiesto la diversidad del contacto emocional frente a la separación del grupo, como tristeza, gratitud, ilusión.

Frente a la terminación se ponen de manifiesto dos posturas distintas, una expresada por casi todos, queriendo continuar en el grupo; otra expresada por la SRA P.R. que da la impresión de haber terminado y ya no pertenecer al grupo.

Hacia el final de la sesión, el grupo se muestra preocupado por la actitud distante de uno de sus miembros y manifiestan la necesidad de la elaboración de la terminación.

Esta es la recopilación de las sesiones terapéuticas, proporcionándonos en realidad experiencias de adiestramiento en la conservación del campo social. Los pacientes nos muestran como encuentran una oportunidad de avenirse con la vida a su propio modo, de discriminar y elegir entre sus contactos, de cambiar los intereses y valores de relación.

En estas sesiones los pacientes se fortalecieron y obtuvieron satisfacción al encontrar respuestas de su campo de relaciones interpersonales gratificantes, en lugar de depender de los demás para que les provean contactos considerados "buenos" para ellos.

Por último se pretendió en este grupo que los miembros aprendieran a confiar, a abandonar las reticencias, a aceptar la discapacidad de sus hijos sin temor ni culpa, a responder con libertad y honestidad a los demás.

**"EL HOMBRE SANO ES UN HOMBRE LIBRE  
QUE FINALMENTE TIENE EL CORAJE DE SER  
LO QUE ES, ESTA ES SU VIRTUD, Y NO SERLO ES  
SU ÚNICO PECADO Y SU ÚNICA ENFERMEDAD"**

**M. GROTHJAHN**

## CAPITULO V.- RESULTADOS

El número de participantes es de ocho personas de las cuales dos de ellas son parejas (padre-madre), tres mujeres asisten solas y un hombre es viudo.  
(Ver gráfica # 1 en Anexo 1)

El análisis de resultados se realizó de manera cualitativa con base a los comentarios realizados durante las sesiones y las entrevistas, Se obtuvo el porcentaje de acuerdo al número de padres que realizaron comentarios con respecto a los objetivos, de manera recurrente, se plantean los ejemplos de las sesiones en donde fue significativo dichos comentarios y el proceso de análisis se da en tres momentos:

- 1.- El logro de los objetivos específicos planteados.
- 2.- Los comentarios significativos, expresados por los padres.
- 3.- El desarrollo de las fases por las que atravesó el grupo

### **1.-REPRESENTACIÓN DEL LOGRO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS, COMPARANDO COMENTARIOS ENTRE LAS PRIMERAS SESIONES Y LAS ÚLTIMAS: (VER GRÁFICA # 2 EN ANEXO 1 )**

#### **Lograr una mejor comprensión y aceptación de la discapacidad por parte de los padres**

Al inicio de las sesiones, el 25% aceptaba y comprendía que su hijo(a) tenía discapacidad intelectual, compartiendo sus experiencias con el grupo, al cual se le dificultaba esta aceptación, ya que la mayoría se inclinaba a pensar que sus hijos solamente tenían problemas de lenguaje y/o flojera.

Al avanzar las sesiones, se encontró que un 75% de los que integran el grupo lograron una mayor aceptación de la discapacidad intelectual; rescatando las potencialidades que sus hijos han mostrado en diferentes situaciones, reflejándolo en los comentarios realizados durante las sesiones finales, cambiando así la percepción psicológica tanto de la transacción que se había creado de su hijo(a) con base al entorno, como de la reacción de cada individuo. Logrando en estos padres evaluaciones positivas de las diferentes actuaciones de sus hijos, tanto en independencia personal, como en la relación con los otros, por la aceptación de la discapacidad intelectual, que al aceptarla produce emociones placenteras.

#### **PRIMERAS SESIONES**

**Sesión No. 2 “SRA P.R.** Yo quiero comentarles el porqué estoy en este grupo. Mí hijo tiene “retraso en su desarrollo” y hemos recurrido a muchos médicos, los que nos decían que no iba a hablar, ni a caminar, yo pensaba que no había de esperar nada de él, sino tenía que ayudarlo en todo lo que puedo, pero yo creo que mí hijo ha superado muchas de sus dificultades, porque yo le enseñe a caminar y a vestirse y aunque ha tenido problemas para hablar y para aprender en la escuela, su discapacidad no lo limita”.

**Sesión No. 4 SRA G.G. (ABUELA)** Lo que espero es apoyar a mí hija en la crianza de mí nieto y quitarme este miedo de que algo les pase, que ella acepte que su hijo tiene retraso.

#### **ÚLTIMAS SESIONES**

La diferencia es con la **Sesión No.9 "SR M.V** Que muchas veces, cuando nosotros decimos que no tienen nada, que es flojera o como en mí caso, yo decía que mí hija iba mal en la escuela porque estaba triste por lo de su mamá, yo no me daba cuenta realmente de las dificultades que mí hija tenía y la regañaba y le exigía y ella sufría porque no podía. Cuando yo acepte que mí hija tenía un retraso en su desarrollo y que por eso no podía, la traje a esta escuela y ella responde mejor y ya no sufre porque sus compañeros la critiquen.

**SRA C.C.** Yo creo que podemos apoyarlos más sí sabemos o aceptamos que tienen una deficiencia".

#### **Disminuir el aislamiento social, tanto en los padres, como en sus hijos.**

En las primeras sesiones, se puede observar que el 12.5 % no se aísla socialmente, ya que solo el **Sr P.R Sesión No. 6** comenta: "Eso ocurría al principio cuando mí hijo no podía hablar y caminar como otros niños de su edad, mí esposa ya no quería salir, ni a reuniones, ni a ningún lado. Pero yo le insistía, porque no podemos ocultar lo malo de nuestros hijos.....Sí, es doloroso aceptar que son diferentes, pero ocultándolos no se logra nada". A diferencia de los comentarios de los otros miembros, a lo largo de estas primeras sesiones.

**Sesión No.4: SRA. C.C:** espero que no me afecten el desprecio que le hacen a mi hija, al grado que siento que me agraden a mí y me provoca enojo contra todos.

**Sesión No. 6: SRA P.R:** Entiendo a la Sra C.C porque yo también he pasado por eso, muchas veces me he enojado contra mí esposo, porque no entiende que yo tengo que defender a mí hijo de los demás, hasta de las exigencias de él mismo como padre y de los demás, por ejemplo es difícil cuando vamos a una reunión y todos miran "raro" a mí hijo; yo me vuelvo como leona y lo defiende, porque siente uno que lo agraden a uno mismo.

**SRA G.G.** Sí, por eso yo antes no quería sacar a mí hijo de la casa, para que no lo criticaran.

#### **ÚLTIMAS SESIONES**

El 87.5% de los miembros del grupo, lograron presentar a su hijo al sistema extrafamiliar con mayor confianza; se notan cambios, en las relaciones interpersonales de los padres con sus grupos de amigos, familiares y laborales, logrando asistir a diferentes eventos con sus hijos. También los menores se lograron relacionar mejor con sus compañeros de clases

Como ejemplo se plantea la diferencia con la **Sesión No.9: SRA G.G. (ABUELA)** Al darnos cuenta que los demás tienen un sufrimiento ya sea parecido al nuestro o diferente, nos podemos relacionar mejor con las personas".

## **Modificar los sentimientos de culpa al tener un hijo(a) con discapacidad intelectual:**

### **PRIMERAS SESIONES**

Solo el 25 % no muestra sentimientos de culpa en las primeras sesiones, la gran mayoría se muestra culpable, por ejemplo:

**Sesión No. 4: SRA G.G.** Yo vengo porque mi madre quiere que aprenda a no pegarle a mi hijo y saber educarlo.

**SR P.R** Yo espero que en este grupo me pueda sentir mejor conmigo mismo y con mis posibilidades apoyar a mi esposa.

A diferencia de los otros miembros que comentaron lo siguiente:

**Sesión No.7: SRA C.B:** comenta "Uno siempre se culpa, yo la entiendo, porque yo he sentido que es mi culpa que mi hijo no pueda hablar, porque como es el más chico y yo tuve muchos hijos, pues todos lo consentían y yo todo le entiendo con señas, por eso no se esfuerza por hablar y mi esposo también me reclama que es por eso que mi hijo no aprende a hablar..... Pero al entrar a la escuela pues ya trata de comunicarse, más con sus amigos, porque ellos no lo entienden.

**Sesión No.8: SR. C.C.** dice"Relaciono eso con la culpa que le ponía a mi padre por haberla hecho concebir mellizos y poner en peligro la vida de mi madre y ahora yo soy culpable por darle a mi esposa una hija con retraso mental, por eso me vuelvo agresivo contra ella.

### **ÚLTIMAS SESIONES**

El cambio fue significativo en el 75% de los casos, como se observa en las siguientes sesiones:

**Sesión No.11: SR M.V.** manifiesta. "Esto, me hace pensar que la tristeza que he tenido desde la muerte de mi esposa y el no atender a mi hija era realmente enojo porque mi esposa me abandono, yo quería esconder este enojo y la tristeza y la culpa no me dejaba actuar".

Observándose en un inicio el sentimiento de desesperanza, de búsqueda constante de un chivo expiatorio de su culpabilidad y al trabajar en el grupo, se produjo la adaptación funcional, la adaptación a los problemas cotidianos, al poder discutirlos con otros padres que han pasado por la misma situación, causó una disminución de ésta culpa.

## **Elevar la autoestima de los padres.**

### **PRIMERAS SESIONES**

El 37.5 % tenía una estima personal adecuada para su funcionamiento, aunque reconocían, sus sentimientos de minusvalía, a diferencia de la mayoría que hizo comentarios como los siguientes:

**SESIÓN No. 6: SR. M.V.** Yo creo que cuando los hijos no van realizando lo que uno espera y que uno ve que ellos sufren porque se sienten diferentes. Uno cree que ha actuado mal y quiere esconderlo. Como les decía, yo creo que cuando murió mi esposa de un infarto, yo me deprimí..... y no me ocupaba de mis hijas, la mayor tenía que hacerse cargo de todo y por eso cuando me di cuenta de que mi hija iba mal en la escuela.....yo me sentía culpable y le deje de llevar para que no se sintiera presionada.....pero más

bien para esconderla de la crítica de los demás o esconderme a mí de no ser un buen padre.....

**SESIÓN No. 8: SR C.C.** Sí, quiero comentar lo disconforme que me siento conmigo mismo, me va mal en mi trabajo, con mi esposa, como saben ustedes que hemos tenido problemas y me cuesta trabajo hablar de mí, sin traer a colación a mi hija, que en ocasiones la culpa de que todo vaya así.....

### **ÚLTIMAS SESIONES**

Los padres que presentaron cambios al elevar su autoestima es de 62.5 % logrando adquirir herramientas, para actuar por ellos mismos en la vida cotidiana; como lo vemos en las siguientes sesiones finales

**SESIÓN No 11 SR P.R.** Tendríamos que aprender a responder afuera de la misma manera. A mí me ha servido para entender porqué responde uno agresivamente

**SR M.V.** Esto, me hace pensar que la tristeza que he tenido desde la muerte de mi esposa y el no atender a mi hija era realmente enojo porque mi esposa me abandono, yo quería esconder este enojo y la tristeza y la culpa no me dejaba actuar.

**SRA P.R.** Pero como la decisión es de la terapeuta y de la escuela, pues no hay nada que hacer. Nos dijeron que eran tres meses y ya está, se acabo, no se como se podría hacer para continuarlo.

Yo me siento que ya no me va tan mal en la vida diaria con mi hijo, con los demás, me siento dispuesta a acabar; lo que me da tristeza es tener que despedirme.

**SR. C.C.** Yo me siento contenta de terminar, el venir al grupo me ha ayudado a comprender porqué me alejaba y ahora me he acercado más a mi esposa y a mi casa. No es que este bien en todo pero como que me enojo menos y creo que puedo continuar solo con mis problemas.

**SR. P.R.** A mí me da ilusión que se acabe y ver como me organizo solo.

### **Cambiar las expectativas que se tienen del hijo(a) con discapacidad intelectual en función de lo que es capaz de hacer.**

#### **PRIMERAS SESIONES**

Las expectativas mostradas hacia sus hijos no variaron mucho con respecto a las sesiones, siendo el 50% de los padres, que lograron cambiar sus expectativas que tenían de sus hijos, valorando lo que ellos podían hacer, sin las exigencias de lo que esperaban de ellos. Se encontró, en un inicio, tensión familiar, depresión, angustia, en el trabajo grupal se observó que las redes de apoyo social, al sentirse parte del grupo y compartir vivencias similares de poca respuesta educativa de su hijo, fueron un factor positivo y de mayor seguridad, acerca de los alcances de sus hijos, siendo constante, el porcentaje de no cambio de acuerdo a sus características propias.

### **Fomentar la independencia del hijo(a) con discapacidad**

Al inicio de las sesiones solo el 30 % fomentaba la independencia en sus hijos y la gran mayoría, visualiza a sus hijos como dependientes de ellos. Conforme pasaron las sesiones,

se encontró que un 70% propició mayor independencia, al separar la simbiosis existente entre su hijo(a) y él o ella como padre o madre, siendo útil su modificación como persona, antes que como padre, las etapas de evolución del grupo fue un factor determinante.

### **PRIMERAS SESIONES**

**SESIÓN No. 2: COMENTARIOS DE LA SESIÓN.** El grupo introduce el problema de alguien necesitado, como son los niños para aprender a comer, vestirse y en definitiva crecer (implícitamente los pacientes en el grupo) se perfilan dos posturas la de la relación dependiente que esperan que la terapeuta les de consejos y otra que expresa su autonomía expresando que solos pueden encontrar las reflexiones.

**SESIÓN No 7: SRA P.R:** "Yo creo muy importante compartir entre nosotros lo que vivimos con nuestros hijos y lo que sentimos, por ejemplo cuando mi hijo tenía un año y parecía un bebé, no se sentaba solo, se le iba la cabecita.....(llorando) fueron tiempos muy difíciles....  
.....porque sin mí él que va a hacer, en ocasiones he llegado a desear que el día que yo muera, también muera mi hijo. Porque conforme van creciendo y se van notando más las diferencias y uno como padre no sabe como tratarlos o que esperar de ellos, si podrán enamorarse, casarse, tener hijos, formar su familia, o no hacer nada y quedarse solos? son muchas las preocupaciones y el compartir tus problemas con otras personas, nos ayuda a no sentirnos solos."

### **ÚLTIMAS SESIONES**

A diferencia de las últimas sesiones: **SR P.R.** Sí.....creemos que nuestro dolor es único y no vemos a los demás que también sufren, nuestros propios hijos, al ser criticados por no saber hacer las cosas.

**COMENTARIOS DE LA SESIÓN.** En esta etapa se observa una mayor capacidad continente y confianza en el grupo, ya no existe dependencia a pedir consejos de cómo manejar a sus hijos, sino del trabajo de ellos mismos como personas.

### **Tomar conciencia de sus pautas automáticas de respuesta de sobreprotección hacia sus hijos.**

El 50% del grupo logro recoger y diseminar información de su actuar cotidiano, proporcionando un feed-back y confrontación sobre aspectos no concientizados.

**SESIÓN No. 4: SR M.V** dice: "Lo que yo espero del grupo es que me orienten a guiar a mi hija y no sobreprotegerla, porque es muy rebelde....."

**SESIÓN No 8: SRA P.R.** Yo creo que cuando sentimos nosotros que somos culpables y no lo queremos aceptar, nos comportamos hostiles con los demás. Yo soy muy agresiva si me dicen algo que mi hijo no hace bien, por ejemplo cuando mi hijo se hace del baño en la escuela, siento que las maestras me culpan a mí por sobreprotegerlo.

**TERAPEUTA.** ¿Porqué siente que lo sobreprotege?

**SRA P.R.** Porque acudo inmediatamente a cambiarlo o me lo llevo a casa.

Es importante recalcar que la manifestación de cambios observados a través del propio desarrollo del grupo y en las entrevistas finales es posible de variar, de acuerdo a los diferentes actos vitales y vivencias de crisis familiares; para lo cual sería recomendable un análisis de seguimiento a los miembros participantes del grupo.

## 2.- LOS COMENTARIOS SIGNIFICATIVOS, EXPRESADOS POR LOS PADRES, DURANTE LAS SESIONES Y LAS ENTREVISTAS (VER GRÁFICA # 3 EN ANEXO 1)

### LA ENFERMEDAD DEL NIÑO UNE A LA FAMILIA

La discapacidad intelectual de nuestros hijos trae desorden al sistema familiar. Sin embargo, hemos visto que en muchas ocasiones también ha contribuido a que aumente la cohesión en los miembros de la familia y de forma especial en la pareja. El Sr. P.R. comentó *"La discapacidad de nuestro hijo nos ha unido más como padres y así hemos podido afrontar mejor la situación"*

### LOS HOMBRES NO SON TAN FUERTES TAMBIÉN LLORAN

Basados en una cultura de género, mujer-débil, hombre-fuerte, la sociedad ha enseñado que las expresiones de afecto, incluyendo la alegría o tristeza, deben ser primordialmente propias de las mujeres. En la situación de crisis familiar por tener un hijo con discapacidad intelectual, se permite, aunque no siempre, que los hombres también expresen su parte débil. A varios comentarios mencionados por la madre acerca de la fortaleza de sus esposo, el señor C.C. replicó: *"No somos tan fuertes y lloramos, pero a veces ellas no se dan cuenta"* y en la sesión n° 6 comentó: **SR. C.C.** *No lo que pasa es que tenía miedo, miedo de no saber tratarla, y tú te dedicabas a llorar y nunca te diste cuenta que yo también lloraba, pero a solas, porque siempre sabemos que los hombres no lloran, pero yo sí llore por mí hija, por no saber ser padre.....*

En la entrevista el SR.P.R. comentó *"Deje que mi esposa llorara durante una semana y después ya no. Entonces yo también lloré mucho"*

### TENEMOS CONFIANZA EN LOS MÉDICOS

La confianza en los médicos llega a disminuir, ya que es difícil aceptar el diagnóstico dado a nuestros hijos, por lo que recurrimos a uno y otro médico, siempre esperando encontrar un milagro y/o un médico que nos dé otra respuesta, como lo comenta la Sra. C.C. *"Cuando me dieron el diagnóstico de mí hija, me fue difícil aceptarlo, por lo que recurrimos a muchos especialistas, aunque al final siempre teníamos el mismo diagnóstico"*

Así como los comentarios de la sesión n° 10: **SRA C.C.** *Sí, es que los médicos al mirar dentro de uno pueden ocasionar cosas. A mí me ocurrió que después de que nació mí hija, me quise volver a embarazar, pero después de una operación de una hernia, no pude volverme a embarazar, aunque los médicos me aseguraron no haber hecho nada que impidiera otro embarazo, pero yo no les creí.*

**SR C.C.** *Sí yo creo también que fue a raíz de esta operación que no pudimos tener más familia.*



**TERAPEUTA.** *¿Existe desconfianza y temor de todo el grupo hacia los médicos, que al mirar dentro de uno descubran lo malo de uno mismo?*

**SRA P.R.** *A lo mejor por eso nosotros no nos atendemos y llevamos a nuestros hijos a revisión médica una y otra vez.*

## **LO QUE AYUDA ES TENER FE EN DIOS**

La religión y la esperanza se unen de forma significativa y se presentan de manera importante como una herramienta que ayuda al ser humano a no dejarse vencer en las situaciones en las que a veces todo parece perdido. La fe en Dios, cualquiera que sea la religión, es una característica común en casi todos los padres de niños con discapacidad. La Sra. G.G.(ABUELA) le dijo a su hija "*Ponlo en manos del Señor porque él sabe lo que hace*".

## **EL MIEDO A PREGUNTAR**

Se ha visto que de manera general, la palabra "retrazo mental" causa mucha angustia debido a que se relaciona directamente con cuidados durante toda la vida. Asimismo, preguntar lo relacionado con la discapacidad causa mucho conflicto y miedo por pensar que la respuesta encontrada puede ser desfavorable. No obstante se ha observado que conviene más preguntar que quedarse con dudas generadoras de una angustia mayor. Al respecto la señora C.C. durante la entrevista manifestó "*Una tiene miedo de preguntar y me encierro en mi propio mundo*"

En la sesión n° 9 el Sr. M.V. comentó al respecto, "*Yo, si estoy con una duda me preocupo más. Sabiendo la verdad uno puede cooperar más con su hija*". Y la Sra C.C dijo: *Yo creo que podemos apoyarlos más si sabemos o aceptamos que tienen una deficiencia.*

## **3.- EL DESARROLLO DE LAS FASES POR LAS QUE ATRAVESÓ EL GRUPO**

Como parte final del análisis de resultados fue el desarrollo del grupo terapéutico en donde a partir de un análisis cualitativo a través de las observaciones y comentarios de las sesiones puede observarse el siguiente desarrollo evolutivo:

**En las primeras etapas de vida de este grupo** de padres se observó mucha ansiedad y culpa en los miembros individuales, como se plasma en la etapa inicial de constitución del grupo en donde se dice lo siguiente " se observan ciertos procesos como la ansiedad inicial del grupo, presentando la gran mayoría una sensación de extrañeza lo que dificultó el establecimiento de una interacción natural...". Como se muestra en los comentarios de la sesión n° 1: "*se vivía en esta sesión claras muestras de que un reforzamiento narcisista se había aplicado, principalmente en los miembros predominantes y la necesidad de dependencia de los otros*".

En esta fase se confirma como los miembros del grupo se sienten amenazados por la ambigüedad y ausencia de estructura en una situación colectiva, sus sentimientos hacia el terapeuta (igual que hacia el padre) están mezclados. La ambivalencia puede tomar sutiles

formas de expresión, pero los buenos sentimientos siempre están contrabalanceados por la hostilidad (sarcasmo, burla, fastidio). Pasando en la siguiente etapa a una cierta cordialidad imaginaria, en donde el grupo parece dividirse en parejas y tríos, compuestos cada uno por miembros que viven situaciones similares y que son capaces de identificarse entre sí, como se plasma en las observaciones de la segunda sesión.

**La fase intermedia** corroboró lo planteado por Foulkes cuando dice que en ésta el "grupo se convierte realmente en un grupo, se forman subgrupos dentro del mismo interesándose vitalmente en lo que sucede dentro del mismo y en cada uno de sus miembros..." En este grupo de trabajo con padres, sucedió en la sesión No 6 **SRA. P.R.** ¿Porqué se siente solo? **SR. M.V.** Desde que murió mi esposa.....yo he sentido mucha responsabilidad de sacar a mis hijas adelante .....(llanto).....me he sentido solo, me he preguntado ¿Porqué me ha dejado?.....¿seré capaz de superar este dolor?.....¿soy responsable de que mi hija tenga problemas en la escuela?.....(llanto)

También se observa en los **COMENTARIOS A LA SESIÓN**. "Los miembros aportan material relativo a problemas individuales, se sienten más integrados y temen menos por la supervivencia del grupo, se observa mayor capacidad continente con mayor confianza en el grupo".

El grupo empieza a interpretar sus propias interacciones y ellos gradualmente, se van convirtiendo en terapeutas, no obstante se llegan a percibir en sus temas cierta repetición, la cual se empieza a diluir cuando se introduce en el grupo la idea de la disolución inminente.

**En la fase final el grupo** se unió y mostró negación a la disolución formal con un sentimiento general de tristeza en sus interacciones. Se pudo observar una recapitación sobre los eventos claves del grupo propiciando una internalización e integración más completa de la experiencia común facilitando el proceso de separación.

Como se puede observar las fases por las que atravesó el grupo se entrelazaban y muchas veces se superponían por cierto tiempo, sin embargo se observó claramente cierta progresión evolutiva que se efectuó a través de movimientos sutiles de una fase dinámica hacia otro; ensayando en las primeras etapas para familiarizarse con sus posibilidades y limitaciones, centrando después en el terapeuta todas las esperanzas terapéuticas. Las siguientes etapas se observaron tormentosas y de intensas emociones, retrocediendo en el tiempo para representar sus roles de familia, rivalizando entre sí en sus producciones temáticas. Esta representación del rol se fue haciendo cada vez más fantasiosa y con descargas afectivas.

Por último se observó como los miembros tomaban perspectivas más serias de sí mismos como grupo, interesándose en su función y estructura, logrando hablar de ellos mismos como personas en las entramadas redes de la sociedad, independizándose y/o separándose de sus hijos con discapacidad intelectual,

Esta evolución entrelazada de todas las fases por las que atravesó el grupo, tuvo gran relación con las fases descritas por S.H. Foulkes y E.J Anthony en psicoterapia psicoanalítica de grupos.

## V.I.- DISCUSIÓN

El apoyo terapéutico es una de las necesidades más apremiantes para los padres de familia en general y sobre todo para aquellos padres que viven la experiencia de tener un hijo(a) con discapacidad intelectual.

Los resultados obtenidos son acertados, en virtud de que estos padres de familia pocas veces tienen oportunidad de recibir apoyo terapéutico para la crisis que viven, ya que generalmente se dedican a atender a su hijo(a) a nivel médico, psicológico y educativo, anulando ellos mismos sus necesidades de atención y equilibrio emocional; el cual sabemos que mientras no se encuentre estable, no tendrán oportunidad de apoyar a su hijo(a) a lograr una adaptación social adecuada. Esto fue encontrado de la misma manera en los pocos estudios encontrados de trabajo grupal con estos padres, como fue mencionado en el capítulo III por Mendivil (1992) [:::]*Se constata que cada familia ha tenido que "tragarse" y digerir como ha podido su problema y que en muy pocos casos han tenido ayuda posterior. .... Después de doce años de trabajo con las familias éste es uno de los puntos cruciales a resolver, tanto o más importante que la estimulación temprana de los hijos-as es la estimulación, comprensión y ayuda familiar desgraciadamente escasa y mal llevada a cabo ¿Qué hacemos, por mucha ayuda que reciba el chico cuando el grueso del tiempo lo tiene que pasar en una familia invadida por la angustia?*

Son pocos los estudios de atención grupal a este tipo de padres y la diferencia con respecto a los trabajos planteados en el capítulo III es que esos grupos son en la mayoría de los casos, formados por los mismos padres, para retroalimentarse de las vivencias sufridas en la crianza de su hijo(a); o bien se consolidan como grupos de apoyo, sin objetivos terapéuticos, sino con el propósito de orientar a estos padres acerca de aspectos médicos, psicológicos, recreativos y educativos, para la atención de sus hijos, no para la atención terapéutica de ellos, que fue el objetivo que se planteó en este trabajo de tesis.

En la conformación de estos grupos, plantea Mendivil (1992)".... que la participación no es solamente de las mujeres que acuden a los grupos sino de los cónyuges de las mismas. Lo que hace pensar que la inclusión de los hombres en los grupos, sea una forma gradual de acercamiento". Relacionándose con este trabajo de tesis; sin embargo la diferencia estriba en que en este grupo terapéutico la participaron dos parejas, los llevó a elaborar conflictos que se generan a raíz de las vivencias de sus hijos con discapacidad. Ésta característica no ha sido estudiada, ya que si bien, no era uno de los objetivos del trabajo terapéutico grupal, este logro se fue dando en el desarrollo del mismo.

A pesar de tener un pequeño avance en la participación de los padres, la asistencia fue mayor en el número de mujeres, considerando que el desarrollo del trabajo de esta tesis, se dio en el ámbito educativo y generalmente se le deja a la madre el encargarse de la atención educativa de los hijos, no involucrándose los padres en este proceso y a pesar de que el trabajo grupal fue a nivel terapéutico, es probable que se tuviera la idea de un trabajo escolar. Logrando en el grupo de padres con hijo(a) con discapacidad intelectual, lo mismo que está planteado en el estudio de Mendivil (1992) *"Si bien a priori no parecían*

*metas muy elevadas, el hecho de facilitar un espacio y un tiempo en el que las madres (que son las que mayoritariamente protagonizan la experiencia) pudieran hablar con libertad, confianza, sinceridad y confidencialidad, hizo que los objetivos se fueran ampliando y haciéndose más complejos.*

*"Notamos que estas mujeres estaba ávidas de un espacio donde poder expresar todo aquello que desde hace años estaba guardado por miedo a decirlo, por sentir culpa, por sentirse "malas madres".*

Finalmente lo recurrente en los estudios realizados, y el trabajo con estos padres a nivel grupal, fue que dentro del mismo, los padres pudieron expresar abiertamente sus temores y preocupaciones que tienen principalmente de sus hijos y se beneficiaron al saber que hay otras familias experimentando las mismas situaciones. Esta similitud se da durante la fase intermedia, en donde los miembros se sienten fortalecidos y con mayor confianza al acudir a las sesiones y manifestar a los otros sus vivencias, sin esperar que sea el terapeuta quien les indique los temas a tratar y lo que deberían de hacer, se solidarizan unos con otros, en virtud de vivir situaciones similares que los identifican y que llegan a transformar, debido a las vivencias de los otros. Esto corroboró lo que se vive en una situación analítica grupal, como lo plantean Foulkes y Anthony (1964) y se expuso en el capítulo I:

*Desde él ángulo psicológico la situación analítica de grupo es su flexibilidad y espontaneidad, el procedimiento brota de la experiencia del grupo, con una atmósfera de fácil permisividad, de libre discusión flotante, empiezan a suceder cosas, con dos clases de factores en funcionamiento, el de apoyo y el analítico, en el de apoyo cada miembro tiene la sensación de estar apoyado, de ser aceptado, de poder hablar y de que se le escuche, de compartir con otros, de ser capaz de enfrentar el aislamiento y la soledad, que fue uno de los logros en los objetivos específicos de este trabajo, dar fin a su aislamiento social.*

En los resultados se logra observar que el trabajo analítico grupal realizado en esta tesis, trascendió del tema común de todos los miembros, que era sus hijos con discapacidad, a temas latentes de ellos mismos como personas, con necesidades de ser escuchados y de apoyarse para elaborar sus propios conflictos.

Es importante resaltar la relación que se dio en los resultados con respecto a las etapas desarrolladas por el grupo de trabajo, con el planteado por Foulkes y Anthony (1964) en las fases que atraviesa el grupo y las que se plantea en la terapia analítica grupal. Como lo expuesto en el capítulo I : **La fase inicial:** *Bach la ha llamado, el periodo de la "luna de miel terapéutica". Es la etapa de los pensamientos mágicos proyectados sobre el terapeuta; él se convierte en el que sabe o el que cura, y las esperanzas de una rápida recuperación son muy altas. En este periodo inicial, es natural que los pacientes se vuelvan al terapeuta se dirijan a él personalmente..... También les parece razonable conducir el tratamiento en la forma de preguntas y respuestas, ellos le preguntan al "especialista" y él les da una respuesta, pero no en la situación analítica de grupo. En ésta él terapeuta les devuelve sus preguntas y plantea una contra-pregunta..... También puede el terapeuta lanzar la pregunta abierta al grupo y esto conduce al paciente, por primera vez, en contra del grupo, él debe reorientarse a sí mismo, apartándose del eje médico-paciente y acercándose al eje paciente-paciente. Muy pronto, los pacientes se*

*prestan a discutir sus síntomas individuales en el grupo y encuentran que tienen tanto en común que la sensación de aislamiento empieza a desaparecer.....*

En este grupo de trabajo lo que sucedió fue, que la mayoría de los padres se mostraban en silencio, a la expectativa, pero sin atreverse a preguntar; sobre todo en las primeras sesiones; sin embargo conforme fueron avanzando en el trabajo terapéutico y ante el silencio manifestado por la terapeuta y las preguntas abiertas al grupo, se logró que entablaran diálogos con respecto a sus hijos, llegando a preguntarse y responderse entre ellos, principalmente los miembros con características de líder.

**La fase intermedia:** *Las similitudes se dan con respecto a lo planteado por Foulkes y Anthony (1964.).... En consecuencia, el analista de grupo se hace parte del problema presente, y encara el conflicto del grupo como una persona real con derecho propio, se mantiene pasivo y apartado, para alentar la interacción grupal; habiendo creado una situación dinámica y apropiada para la terapia, puede dejar al paciente que siga adelante con el problema de curarse a sí mismo y cuando dice que: Ahora el grupo se convierte verdaderamente en un grupo. Su punto de referencia no es solamente el terapeuta, pero ellos se mantienen conscientes de su presencia en el grupo, aún cuando esté callado.....[...] Ellos se dirigen a los demás y responden a los demás directamente, forman subgrupos dentro del grupo.....*

En este grupo de trabajo con padres, sucedió en la sesión No 6 en donde ellos se interesan por los sentimientos de los demás, se escuchan y tienen la confianza para mostrar sus problemas personales y sus sentimientos, logrando dar interpretaciones adecuadas y en ocasiones llegan al insight.

**La fase terminal:** *La terminación de cualquier situación terapéutica debe ser siempre gradual, para darle oportunidad al paciente de que "elabore" las muchas ansiedades y depresiones que, se asocian con los desenlaces..... Cuando se le confronta con el final, el grupo encuentra buenas y lógicas razones para continuar, y esto debe ser analizado con cuidado.....*

Como se observó en las últimas sesiones de trabajo de este grupo de padres, en donde los miembros muestran muchos temas, interpretando ellos mismos, sus deseos de hablar y hablar, para no finalizar el trabajo terapéutico. Manifiestan su deseo de continuar el grupo, y muestran algunos miembros sentimientos de tristeza ante la disolución del mismo. No obstante se observan avances exitosos en esta experiencia, con detalles en el cambio de lugares, en la seguridad de aplicar lo vivido en el grupo y en algunos miembros hasta el deseo de concluir.

El trabajo realizado en estas sesiones, y los resultados obtenidos, fortalecen teóricamente este trabajo grupal con padres que tienen hijo(a) con discapacidad intelectual.

## V.2 CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo nos indican que los padres son expertos que enseñan estrategias de acompañamiento a quienes se encuentran en situaciones similares. Además que el trabajo grupal, genera una serie de emociones y sentimientos que la dinámica del grupo es capaz de trabajar.

Se concluye que la terapia analítica en grupos genera una actividad que no se da en otros grupos, ya sea de apoyo, operativos y/o terapéuticos, como es la interpretación de la naturaleza de los procesos inconscientes en la interacción de los miembros y entre ellos mismos y el terapeuta; se observa que los padres aprenden a comprender el significado latente de sus aportaciones y también hacen interpretaciones significativas, lo que les ayuda a comprender sus problemas y a enfrentarse a sus dificultades.

En general se observan cambios positivos en los padres de familia para la optimización de la situación, manteniendo una mejor integración familiar, mejorando su autoestima y la estabilidad psicológica y la comprensión de la discapacidad intelectual y como ésta ha afectado el comportamiento de su persona y familia; todo a través de la comunicación con otros padres y mejorando su visión social y reorganización familiar que conduce a su hijo(a) a la incorporación dentro del esquema de relaciones pre-existentes en el marco familiar recuperando el equilibrio que se había alterado.

A pesar de que la experiencia fue exitosa, algo que mejorará los resultados de una experiencia terapéutica de esta naturaleza, sería que se diera en otro espacio que no fuera el ámbito escolar, ya que la gran mayoría de padres, tienen la idea de que se les cita para regañarlos por lo que no cumplen sus hijos, y no se ha establecido una cultura de apoyo por parte del ámbito escolar a este tipo de padres. A sí mismo se considera generalmente que el trabajo que se realiza en escuelas es única y exclusivamente de temas escolares. Por lo anterior, sí se convoca a los padres en otro espacio, habrá más afluencia de los mismos.

Por último, es importante rescatar de esta experiencia, el gran compromiso que se debe establecer como terapeuta para con los pacientes, la importancia que tiene el manejo del grupo para lograr cambios y propiciar la confianza de los pacientes con el terapeuta y buscar una mejor calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agazarian, Y.M. (1992). *Contemporary Theories of Group Psychotherapy. Int. Group Psychother.* 42. 177.
- Álvarez, Carmen, Torres, Carmen, Garza, M. (1998) "Educación del Deficiente Mental en México" DIF Estatal Durango.
- André, I. (1954). *La educación de los Padres.* Toronto: Arial
- Bach, G. (1975) *Psicoterapia Intensiva de Grupo.* México: Paidós.
- Barbaranne J. B. (1992). *Un niño especial en la familia. Guía para padres.* México: Trillas.
- Berenstein. (1991). *Psicoanálisis de la estructura familiar* Del destino a la significación pp 116-117
- Bertalanffy, Von. (1971). "Teoría General de Sistemas"
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano.* Paidós. Barcelona.
- Díaz, I. ( 1994). *Técnica de la Entrevista Psicodinámica.* México: Pax
- Foulkes S.H. (1946).: "On Group Analysis". *International Journal of Psycho-Analysis,* vol. 27, pág.51.
- Foulkes y Anthony. (1964). "Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo". Paidós: Buenos Aires. p 86
- Goldman, H. (1987). *Psiquiatría General.* México: Manual Moderno.
- Grinberg, L, Langer, M, Rodriugué, E. (1977). *Psicoterapia del Grupo. Su Enfoque Psicoanalítico.* Paidós: Argentina.
- Grotjahn, M. (1979), *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica.* Paidós: Buenos Aires.
- Hernández, S. (1998) *Metodología de la Investigación.* Mc Graw Hill: México
- Horwitz, L. Modelos de Terapia centrada en el Grupo. En: *Técnicas Especializadas de Terapia de Grupo.* (169-176).
- "El desafío de integrar las necesidades singulares en un abordaje grupal".
- Kissen M. (1994). *Dinámica de Grupo y Psicoanálisis de Grupo.* Limusa Noriega Editores.
- Kutash, I, Wolf, A. Psicoanálisis en grupos. En: *Terapia de grupo derivada del Psicoanálisis* (146-148)
- Leñero, L "Origen y evolución de la Familia" Instituto Mexicano de Estudios Sociales ANVIES Mex.D:F:).
- Malcom Pines, D.P.M., Lisbeth Edith Hearst, Dep Soc. "Análisis de Grupo" p. 160 "tecnicas especializadas de terapia de grupo"
- Maud Mannoni. ( 1987) *El niño retardado y su madre.* Paidós: Argentina
- Mc.Goldrick, M, Carter, E. *El ciclo vital de la familia.* Traducción Gutierrez, F.
- Mendivil perteneciente a la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal (A.P.A.G) presenta un artículo denominado "Utilidad del grupo de familiares de Discapacitados". Desarrollando la investigación desde octubre/1992
- Minuchin, 1995, Haley, 1988. *Terapia Familiar Estratégica.* Buenos Aires: Amorrortu Eds.Minuchin

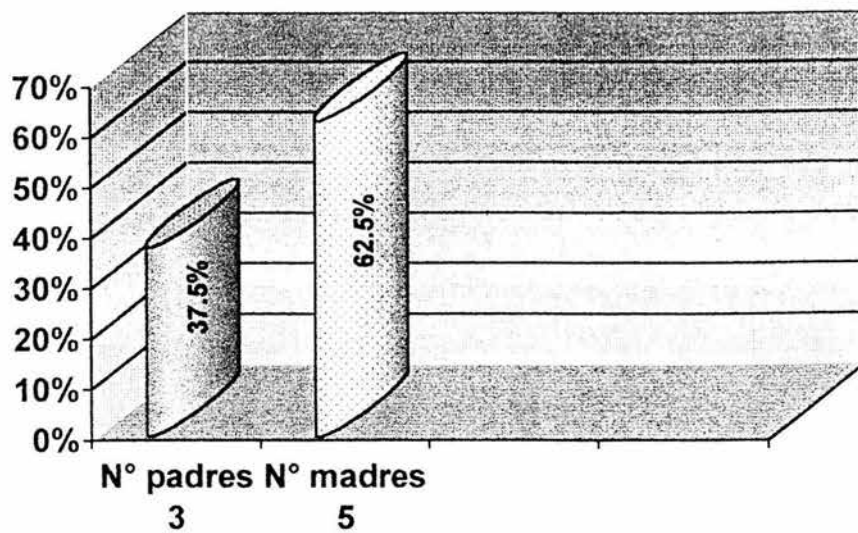
- Nickcy. (1994). *National Information Center for Children and Youth with Disabilities* Washington, DC
- Niella. M (1993). "Familia y Deficiencia Mental. Ediciones Amarú, Salamanca
- Peter Steingles, M.D. . (1964) "La conceptualización del matrimonio desde una perspectiva de teoría de Sistemas" pp 9-18
- Pines. M, Hearst. L, Dip. Soc. Sci., M:A:P:S:W. Análisis de Grupo. En: *Técnicas Especializadas de Terapia de Grupo*. (158-162).
- Rey. E. (1971). *Madres de Subnormales*. Alameda: Madrid
- Reyes. E, Reséndiz. G, Méndez J. (1997). Los Padres Enseñan: Experiencias Compartidas en un Grupo de Apoyo para Padres con Hijos con Cáncer. *Psicoterapia y Familia Vol. 10, (N° 2), 18-21*.
- Rutan. S: Terapia Psicoanalítica de Grupo. En: *Terapia de grupo derivada del Psicoanálisis*. (150-156)
- SEP/DEE. (1994). *Colaboración escuela-familia. Tema seis, núm. 2*. México.
- Sevilla E. (1986) "Educación del Deficiente Mental en México, Sociedad Mexicana para el Estudio Científico de la Deficiencia Mental., 1998. p.p 79-93)
- UNESCO. (1977) *La Educación Especial. Situación actual y tendencias en la investigación*. Ediciones Sígueme: Salamanca, España.
- Verdugo. M. Á. y Jenaro. C. (1997). *Retraso Mental Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo*. Editorial Alianza: Madrid p.p. 21-23 versión española.



**ANEXO 1**

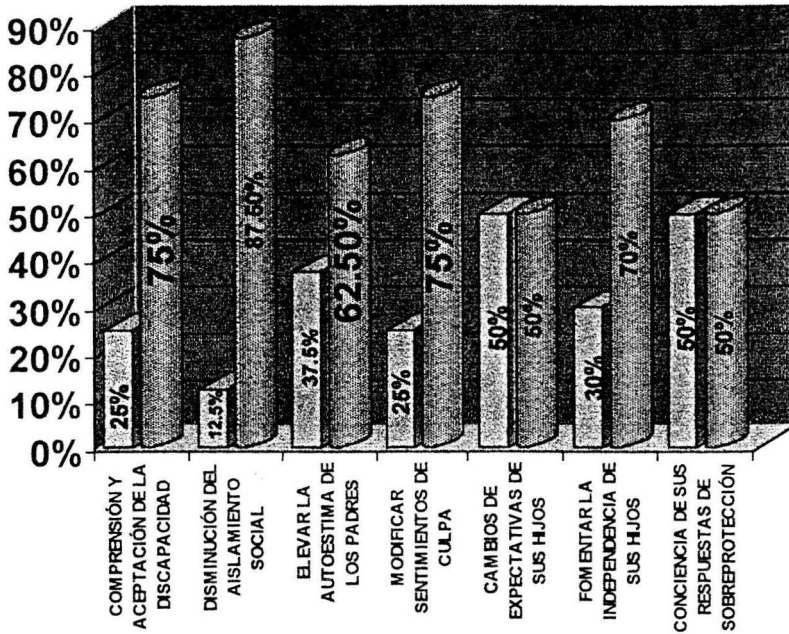
**GRÁFICAS**

**GRÁFICA # 1**  
**Número de padres que asisten al grupo**



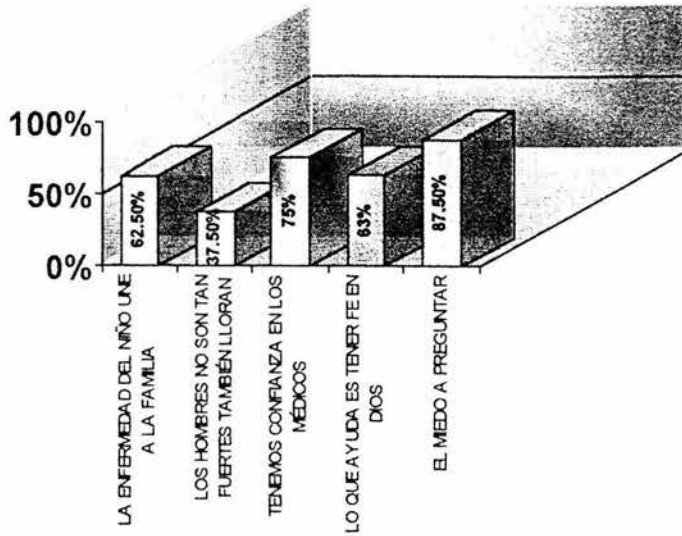
## GRÁFICA # 2

LOGRO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS,  
COMPARANDO COMENTARIOS ENTRE LAS  
PRIMERAS SESIONES Y LAS ÚLTIMAS



### GRAFICA # 3

Comentarios significativos de los padres durante las sesiones y las entrevistas, que representan los sentimientos generalizados.



**TABLA 1**

**TABLA 1**

**DATOS PERSONALES CON CARACTERÍSTICAS DE LOS  
HIJOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

<p>MADRE 1.- SRA. P.R ASISTE CON PAREJA</p>	<p>NOMBRE: E.P. R SEXO : MASCULINO E.C. : 10.8 AÑOS ESCOLARIDAD: 3° GRADO RETRASO MENTAL GRAVE HIPOSOCIALIZADO.</p>
<p>MADRE 2.- SRA. C.B</p>	<p>NOMBRE: V.C.B SEXO: MASCULINO EDAD. 7.10 AÑOS ESCOLARIDAD: PRIMER GRADO RETRASO MENTAL GRAVE CRISIS CONVULSIVAS PROBLEMAS DE LENGUAJE HIPERACTIVIDAD</p>
<p>MADRE 3.- SRA. G.G. ( DISCAPACIDAD INTELECTUAL) ACOMPAÑADA DE ABUELA</p>	<p>NOMBRE: G.G.G SEXO: MASCULINO EDAD. 9 AÑOS 9 MESES ESCOLARIDAD: SEGUNDO GRADO RETRASO MENTAL GRAVE PROBLEMA DE LENGUAJE HIPERACTIVIDAD</p>
<p>MADRE 4.- SRA C.C. ASISTE CON PAREJA</p>	<p>NOMBRE: A.R.C.C SEXO: FEMENINO EDAD: 7 AÑOS 4 MESES GRADO: 1° AÑO RETRASO MENTAL MODERADO PROBLEMAS DE LENGUAJE AGRESIVIDAD</p>
<p>PADRE 5.- SR M.V (VIUDO)</p>	<p>NOMBRE: L.M.V SEXO: FEMENINO EDAD. 11 AÑOS 1 MES ESCOLARIDAD: CUARTO GRADO RETRASO MENTAL MODERADO</p>

## ANEXO 2

### ENTREVISTAS INICIALES

## ENTREVISTA INICIAL

NOMBRE: E.P. R  
SEXO : MASCULINO  
E.C. : 10.8 AÑOS  
ESCOLARIDAD: 3° GRADO  
CICLO ESCOLAR 1999-2000

### CARACTERÍSTICAS GENERALES

E.P.R. es hijo del segundo matrimonio de la Sra., ocupa el cuarto lugar en la familia. Los mayores se independizaron y no viven en la casa. Los hermanos son todos dotados y normales. E.P.R. es la excepción, hace todo a destiempo, es torpe, presenta encopresis, tiene lenguaje, pero habla en tercera persona y con un tono muy bajo, pocas veces se comunica, tiene poca tolerancia a la frustración, es tímido e introvertido y de un carácter muy fuerte a decir de la madre; la cual tiene 49 años, de profesión maestra, sin ejercer, dedicada al hogar y con la cual ha establecido una simbiosis al grado de realizar grandes berrinches al separarse de ella y llega a "defecar" en la escuela, para que lleguen a recogerlo.

### ANTECEDENTES PERI Y POSTNATALES

El embarazo tuvo un curso aparentemente normal hasta el séptimo mes en donde le diagnosticaron Preclamsia, con presión arterial arriba de 200. El nacimiento fue por cesárea con un apgar de seis, no recordando si lloró o no. Durante los primeros días presento problemas de deglución, utilizando sonda para alimentarlo y permaneciendo en cunero durante los primeros meses, al salir del hospital pudo alimentarlo con leche de formula en biberón y bastantes problemas para aceptarlo, desde entonces era un niño llorón y demandante y la madre se volvió cada vez más apegada a él. A los ocho meses le diagnostican estrabismo, por lo que empieza el "peregrinar" a decir de ella por los hospitales, le realizan una operación oftálmica a los dos años de edad, con buen curso de la misma, utilizando lentes de una alta graduación.

A pesar de recibir atención del neonatólogo en forma constante, éste no le dio importancia a su retardo en sus pautas evolutivas, las cuales en general fueron lentas, presentando la sedestación después del año y medio, el desarrollo motor fue a los dos años y medio, sus primeras palabras a los dos años con problemas en la pronunciación, principalmente con la [r], y el momento en que comenzó a controlar esfínteres fue a los tres años, con accidentes recurrentes, continúan actualmente la encopresis, principalmente si se encuentra en situaciones tensas, a decir de la madre. Los padres se preocuparon durante este desarrollo, ya que lo comparaban con sus otros hijos y se percataban de que su desenvolvimiento no era igual, no obstante a la revisión de los médicos estos no le diagnosticaron nada fuera



de lo normal, únicamente lo transfería a otras áreas de atención específica, por ejemplo en ortopedia, le diagnosticaron pie plano, teniendo que utilizar zapatos ortopédicos desde los dos años, lo que le ocasionaba mayor torpeza en la marcha y caídas constantes. Por toda esta necesidad de atención médica, los padres se dedicaban de tiempo completo a la atención del menor, ocasionando una gran sobreprotección, ya que el diagnóstico de retraso, les ocasionó a decir de ellos mucha tristeza, manifestando el Sr. *"Deje que mi esposa llorara durante una semana y después ya no. Entonces yo también lloré mucho"*

## ESCOLARIDAD

A la edad de dos años y medio ingresa a maternal, permaneciendo en esta etapa durante dos años, con grandes atrasos con respecto a sus compañeros y la información de las maestras era de que el menor requería de ser valorado en salud mental, ya que sus respuestas no eran acordes a su edad. Al llevarlo a revisión y valoración, a la edad de tres años le diagnostican retraso mental sugiriéndole que acuda a educación especial, aparte de recibir terapias conductuales y/o emocionales, las cuales continúa recibiendo a la fecha. Ante éste diagnóstico los padres no lo aceptaban e iniciaron el recorrido con diferentes médicos, especialistas, terapias (actualmente recibe "hipoterapia" actividades con caballos) y a la fecha al recordar el impacto que vivieron con el diagnóstico, la madre llora y manifiesta dolor por esta situación. Esto ocasionó mayor sobreprotección hacia E.P.R. e insistencia para que cursara el jardín de niños regular, inscribiéndolo en un Kinder durante tres años, en donde permaneció en el mismo grado, atendiéndolo CAPEP. Ingresa a primaria regular, ya que la madre mantenía la esperanza de un error en el diagnóstico y tenía grandes expectativas de su hijo, en la primaria es canalizado a recibir atención de grupos integrados durante los primeros meses, no obstante fue canalizado a Educación Especial. A la edad de siete años ingresa a una escuela de educación especial (CAM 7) en el grado de preescolar el cual lo cursa durante dos años consecutivos, con grandes dificultades, ya que es difícil para relacionarse con sus compañeros, no establece comunicación, solo ocasionalmente para decir "baño" pero con tonos tan bajos que no se le escucha, lo que ocasiona constantemente accidentes de encopresis. La madre es muy demandante ante la atención de su hijo con las maestras, considerando que ellas son especialistas y con grandes expectativas de que ayudarán a su hijo, y cuando recibe reportes de este, generalmente culpa a los demás, maestras o niños de lo que le ocurre a él.

El grado que recuerda más difícil, fue el segundo año, ya que comenta la madre que la maestra era muy estricta y se desesperaba con su hijo porque no respondía, y fue en este ciclo escolar donde en mayores ocasiones llegó a defecar, asociándolo la madre con grandes tensiones, ya que su hijo llegó a manifestarle que no quería ir a la escuela, a pesar de que esta siempre le gustó.

Por lo que decide cambiarlo de escuela al Instituto Médico Pedagógico (CAM 6), cursando actualmente el tercer grado, e identificándose a decir de la madre con su maestra, y manifestándole E.P.R. más sobre sus compañeros.

A esta escuela le pone la madre grandes expectativas, ya que es de las más recomendadas a decir de ella, y espera que logren ayudar a su hijo. Manifiesta una percepción de responsabilidad únicamente por parte de la escuela y aún cuando manifiesta estar muy cercana y participar de las actividades de la misma, deposita

toda la responsabilidad en la escuela en el proceso educativo-escolar del hijo, colaborando ella en las tareas escolares, a decir de ella misma, ya que todas sus actividades personales las realiza en el tiempo que su hijo acude a la escuela, para en la tarde permanecer sentada con él supervisando las tareas, se considera que es exigente, constantemente le "borra" y lo hace que las realice correctamente, se tardan mucho en esta actividad, porque su hijo es muy lento y distraído a decir de ella, en ocasiones se llega a desesperar por esto y palean, llegando el a hacerle berrinches y diciéndolo que no la quiere, no obstante cuando terminan, continúan en actividades conjuntas jugando juegos de mesa. Al llegar el padre del trabajo, es él quien se encarga de supervisar a E.P.R para cenar, lavarse dientes (él padre se los lava) y llevarlo a dormir, comentando la madre que es el único tiempo que tiene de descanso, ya que su vida gira en torno a su hijo, reconociendo que no sabe jugar, ni realizar actividades independientes.

## ESTRUCTURA FAMILIAR

Su estructura familiar está compuesta por la pareja y su hijo, el señor de cuarenta y ocho años con ocupación técnico en electrónica, y con gran disposición para atender las demandas de la esposa y de su hijo. Se describe de carácter tranquilo, tolerante y preocupado porque su hijo salga adelante. La señora tiene cuarenta y nueve años, este es su segundo matrimonio, de profesión maestra, no ejerciendo su actividad y dedicada al hogar y a las demandas de su hijo. Tienen poca relación con la familia extensa, ya que el convivir con otros y su hijo, ha creado conflictos, porque sí los demás manifiestan un rechazo hacia él, ella se enoja demasiado contra los demás, por lo que prefieren convivir poco con otros, ya sea familiares o amigos.

Con sus hijos que son mayores de edad de veintiocho, veinticinco y veinticuatro años, llegan a convivir, y quieren mucho a su hermano, llegando a tenerle paciencia y estableciendo buenas relaciones a decir de la madre. Aunque en ocasiones le comentan que ella está actuando mal, porque se preocupa mucho por su hijo y lo sobreprotege, siendo estas ocasiones cuando llegan a tener problemas y mejor se alejan por un tiempo. Sus relaciones como pareja son buenas, ya que comenta que ambos se apoyan y buscan todos los medios de apoyar a su hijo, al principio, la señora comenta que ella se desesperaba mucho y el señor tenía que hacerse cargo del niño, llegando a tener enojos entre ellos, pero lo han superado comenta porque su pareja le tiene mucha paciencia y la apoya. Refiere el Sr. P,R *"La discapacidad de nuestro hijo nos ha unido más como padres y así hemos podido afrontar mejor la situación"*

Han establecido buena comunicación aunque en ocasiones llegan a discutir por las normas y límites, ya que él le exige más a su hijo que ella, aunque ella ejerce la autoridad con él. Generalmente están juntos realizando actividades que benefician a E.P.R, en fines de semana, acuden a natación y a sus diferentes terapias. Reconoce la señora que su esposo pone mucho de su parte para solventar los problemas, ya que el carácter de ella es más explosivo y enojón. Comenta la señora que su hijo se parece a ella, porque es explosivo, impulsivo y muy posesivo con ella, molestándose mucho si ella lo deja, se le dificulta establecer relaciones con otros niños, aunque llega a ser cariñoso con la familia cercana, sus hermanos, pocas veces manifiesta sus emociones.

## **INDEPENDENCIA**

Tiene actividades específicas que realizar, como tender su cama los fines de semana y recolectar los basureros de las recamaras, y aunque lo sabe realizar es necesario estar atrás de él para que lo realice, comenta la madre que no es un niño con mucha iniciativa, es necesario forzarlo y guiarlo constantemente.

No tiene amigos con los cuales compartir, ya que generalmente está en casa, sin embargo no muestra interés por relacionarse con otros niños a decir de la madre, en ocasiones se le envía a realizar mandados cercanos sin cruzar avenidas, porque no sabe hacerlo, empieza a manejar el dinero aunque necesitan dárselo exacto, porque todavía se le dificulta.

En las actividades de ocio y diversión, prefiere ver televisión, es un niño reservado e introvertido.

## **EXPECTATIVAS**

Los padres esperan que su hijo aprenda a valerse por sí mismo, que sea más independiente, que logre adaptarse a la escuela sin que le ocurran accidentes del baño y con esto la madre logre sentirse más tranquila con respecto a su hijo.

Esperan lograr una vida más tranquila y puedan volver a relacionarse con amigos y familiares, sin sentirse agredidos.

## ENTREVISTA INICIAL

NOMBRE: V.C.B  
SEXO: MASCULINO  
EDAD: 7.10 AÑOS  
ESCOLARIDAD: PRIMER GRADO  
CICLO ESCOLAR :1999/2000

### CARACTERÍSTICAS GENERALES

Es un niño sociable, juguetón, inquieto, alegre, cariñoso, que representa menor edad de la que tiene, presenta problemas de lenguaje y un diagnóstico de deficiencia mental con antecedentes de convulsiones.

### ANTECEDENTES PERI Y POST NATALES

El curso del embarazo fue normal sin presentar ninguna complicación y sin recibir atención médica; fue de nueve meses de gestación, no presentando ninguna complicación al nacimiento, según comenta la madre, sin embargo no podía succionar para alimentarse, recibiendo alimentación por medio de sonda, el diagnóstico en ese momento fue "paladar hendido", operándolo al año y medio de edad. A los dos meses de edad presentó crisis convulsivas, recibiendo tratamiento médico, no obstante la madre no recuerda que medicamento tomaba, fue a los cinco años que ya no volvió a presentar estas crisis. Su desarrollo normo evolutivo fue lento, presentando la marcha a los dos años de edad, el control de esfínteres lo adquirió a los tres años, tuvo problemas en su lenguaje, con palabras sueltas y mal articuladas hasta los tres años, con una estructuración de frases con mala articulación a los cinco años, actualmente continua su dificultad para comunicarse. A la edad de dos años se le realizaron estudios auditivos, en donde le detectaron un problema en el oído izquierdo, sin embargo no se le dio atención, ya que la madre consideró que no era real que no escuchara, ya que responde a todos los ruidos a decir de ella. En realidad comenta que es un niño sano, casi no se enferma y no lo lleva mucho al médico, porque después de tantos hijos, dice saber como cuidarlos.

## **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Proviene de una familia extensa en donde ocupa el último lugar de siete hermanos, tres de ellos son casados y tres solteros, existiendo una gran diferencia entre las edades con los mayores, las cuales oscilan entre los 28 y los 18 años de edad, esto ha ocasionado una gran sobreprotección para V.C.B. ocasionando que él menor no acate normas y presente un gran problema de conducta, tanto en la escuela, como en la casa.

El nivel socioeconómico es bajo, con una escolaridad de los padres de primaria, dedicándose el padre de 33 años a la albañilería, con antecedentes de fármaco dependencia y alcoholismo, a decir de la madre, desde que nació el menor ya no lo realiza; la madre de 45 años se dedica al hogar, y a decir de ella sus relaciones son buenas entre todos, y comenta que a pesar del carácter fuerte que tiene su esposo y que en ocasiones llegan a pelear, con su hijo es sumamente cariñoso, y lo mimó todo el tiempo, lo mismo que los hermanos, ya que todos se preocupan demasiado por él, consintiéndolo en todo momento y no dejándolo realizar muchas veces las cosas por él mismo; lo que ha hecho que el menor sea dependiente de los adultos y sea con estos con los que más se relaciona, ya que se le dificulta relacionarse con niños de su edad porque a decir de su madre es demasiado tosco para jugar.

La Sra permite que lo consientan todos, porque comenta que es su culpa que naciera así, ya que tuvo muchos hijos y que su esposo no dejaba de tomar y de drogarse.

## **ANTECEDENTES ESCOLARES**

El menor acudió al jardín de niños a la edad de cinco años, por unos meses únicamente, ya que comenta la señora que lloraba mucho, peleaba con sus compañeros y no respondía igual que los otros niños. Además por su problema de lenguaje, las maestras le comentaban que era conveniente que asistiera a una escuela de educación especial. Por tal motivo la madre decide ya no llevarlo a la escuela, por lo que permaneció por dos años más en casa, actualmente por recomendación de una vecina, conoce el Instituto Médico Pedagógico y decide inscribirlo, la madre tiene grandes expectativas de que en esta escuela su hijo se "curará" y aprenderá a hablar bien, que a decir de ella es el único problema que su hijo presenta. Actualmente cursa el primer grado en el Instituto, dificultándosele relacionarse con sus compañeros, y adaptarse al ritmo del grupo porque es inquieto, se le dificulta poner atención y constantemente se levanta de su lugar para jugar con otros; pero a decir de la madre, su hijo ha tenido muchos avances en los meses que lleva en esta escuela.

Los hermanos ocasionalmente le supervisan la tarea, pero como es tan inquieto llega a desesperarlos y terminan haciéndole la tarea. Considera que por esto su hijo va lento, porque todos lo consienten a decir de ella, no obstante piensa que poco a poco va a hablar y que el estar en la escuela lo ayudará.

## **SOCIALIZACIÓN**

La mayoría del día convive con personas adultas, porque es el más pequeño, es actualmente en la escuela donde se relaciona con niños de su edad; sin embargo comenta la madre que pelea mucho con los niños, no respeta reglas de juego, es posesivo con sus cosas y es muy tosco, le gusta jugar luchas, pero como los hermanos le permiten ganar, cuando convive con otros niños quiere siempre ganar. Es muy inquieto, no le gusta mucho ver televisión porque termina corriendo, brincando y nunca puede ver un programa completo. Cuando se le regaña a decir de la madre que es en pocas ocasiones, llora y hace berrinches.

## **INDEPENDENCIA**

El menor sabe vestirse solo pero como todo lo quiere realizar rápido, se llega a poner las cosas al revés, comenta la madre que tiene que volverlo a vestir, no sabe abrocharse los zapatos, ni el suéter. Aún no se baña solo, porque a decir de la señora no lo sabe hacer y cuando no es ella, son los hermanos quienes lo bañan. No tiene actividades de responsabilidad en casa y no sabe realizar mandados, porque no sale solo de la casa y la gente no le entiende.

## **ASPECTOS NEUROMOTORES**

Es un niño muy hábil a decir de la madre, porque corre bien, sin caerse, sube y baja escaleras, casi no se cae, sabe comer solo aunque nunca logran que este sentado en la mesa.

## **ASPECTOS EMOCIONALES**

Comenta LA Señora que es un niño muy cariñoso, siempre quiere estarla abrazando y subiéndosele encima le gusta que le demuestren afecto, pero también es berrinchudo y enojón, principalmente cuando no hacen lo que él desea; refiere que para ella, su hijo es normal y en la calle nadie le "hace feos", él se siente bien y aunque no sepa hablar, trata de darse a entender.

## **EXPECTATIVAS**

Espera que aprenda a hablar en esta escuela y poco a poco sea más obediente, para que continúe su vida normal, imagina la señora que va a ser como sus otros hijos, trabajador y muy alegre.

## ENTREVISTA INICIAL

NOMBRE: G.G.G  
SEXO: MASCULINO  
EDAD: 9 AÑOS 9 MESES  
ESCOLARIDAD: SEGUNDO GRADO  
CICLO ESCOLAR :1999/2000

### CARACTERÍSTICAS GENERALES

El menor es hijo único de una pareja de padres que presentan discapacidad intelectual. Es un niño inquieto, agresivo, se le dificulta acatar normas y límites, no tiene lenguaje, se esfuerza para darse a entender.

### ANTECEDENTES PERI Y POST NATALES

El curso del embarazo fue con dificultades, presentando amenazas de aborto constantemente y debido a la poca capacidad intelectual de la madre, no guardo reposo, ni seguía las indicaciones médicas; no obstante el embarazo fue a término, con parto eutócico y presentando sufrimiento fetal, no lloró al nacimiento, por lo que presentando hipoxia neonatal. Su peso fue de 2,200 y requirió incubadora durante un mes.

Se dificultó su alimentación, ya que no aceptaba ninguna fórmula y la madre se desesperaba al darle pecho materno, por lo que no subía adecuadamente de peso.

A los cinco meses presentó crisis convulsivas, al presentar temperatura elevada, fue hospitalizado durante dos semanas con bronquitis, fue la única ocasión que le ocurrió. Tuvo varias caídas fuertes de la cama y de las escaleras, comento la abuela, ya que fue ella quien dio los datos, refiere que nunca se le atendió a nivel médico, a pesar que en ocasiones tuvo "descalabradas".

Su desarrollo normo evolutivo fue lento, presentó sedestación al año y medio, marcha a los tres años, su lenguaje a la fecha es gutural y el control de esfínteres fue hasta los ocho o nueve años.

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Ambos padres presentan discapacidad intelectual, tíos con problemas de lenguaje. El abuelo es finado por cardiopatía y diabetes.

## ANTECEDENTES ESCOLARES

No acudió al Jardín de Niños, debido que a la edad de cinco años no hablaba y al llevarlo por una semana, lloró mucho, por lo que la madre decidió no llevarlo. A los seis años lo inscribe en primer grado y la maestra de grupo le sugiere llevarlo a revisión médica, por su problema de lenguaje, y porque era muy inquieto, peleaba constantemente y no tenía ningún avance.

Acuden al Instituto Nacional de Comunicación Humana, en donde le realizan estudios de audición y le comentan que ésta es adecuada, recibe sesiones de terapia de lenguaje y lo canalizan al hospital infantil del DIF. en donde le realizan electroencefalogramas y le diagnostican "deficiencia mental", sugiriéndole llevarlo a Educación Especial; por recomendación de una vecina, acuden al Instituto Médico Pedagógico, a donde ingresa a preescolar.

Comenta la señora que es aquí, donde su nieto se siente mejor, le gusta la escuela y ya no llora para ir a la misma, encontrando niños igual que él, no obstante continúa siendo agresivo y pelea con sus compañeros.

Paso a primer año en esta escuela, cursando durante dos años y empezando a obedecer más a sus maestras, realiza las tareas que le dejan. Este año ingresó a segundo año y aunque todavía no habla bien, se da a entender con señas.

## ESTRUCTURA FAMILIAR

La familia está compuesta por el padre de 40 años, sin escolaridad y ocupación ayudante de albañil, tiene discapacidad intelectual, a decir de la abuela; la madre de 32 años de edad, sin escolaridad y ocupación el hogar, también presenta discapacidad intelectual, refiere la abuela que nunca la ha atendido a nivel médico, porque es muy rebelde y no le gusta asistir al médico, es muy nerviosa, explosiva y de carácter muy fuerte. Generalmente la abuela le dice a la madre: ) le dijo a su hija "*Ponlo en manos del Señor porque él sabe lo que hace*".

Viven en un cuarto con el menor motivo de estudio, en el mismo predio de la abuela, que es quien se encara de supervisarlos. Las relaciones familiares son conflictivas, porque el padre del menor toma y aunque es muy pacífico, la madre pelea constantemente con él y con el menor, lo regaña y le pega; generalmente todo es a gritos y groserías a decir de la abuela.

## INDEPENDENCIA

El menor empieza a vestirse solo, aunque lo hace mal, por lo que la madre lo regaña constantemente y trata de enseñarle pegándole, se baña solo, pero es necesario llevarle el agua y supervisarle.

No realiza mandados, porque no sabe contar el dinero, tampoco lo dejan salir solo a la calle, es la madre quien se encarga de llevarlo y traerlo de la escuela.



## **SOCIALIZACIÓN**

Es un niño alegre, juguetón, que le gusta jugar con otros niños, pero casi no lo permiten porque termina peleando, generalmente está solo en la casa y juega con la tierra y con los pocos juguetes que tiene. Convive con sus tíos, que viven en el predio y salen poco a otras actividades que no sea la escuela.

## **EXPECTATIVAS**

Espera la abuela, que el menor logre salir adelante y se valga por él mismo, espera que la escuela ayude a su hija a manejarlo, educarlo y darle un mejor trato a su nieto. Le preocupa el día de mañana que ella ya no esté y se pregunta cómo van a salir adelante.

## ENTREVISTA INICIAL

NOMBRE: A.R.C.C  
SEXO: FEMENINO  
EDAD: 7 AÑOS 4 MESES  
GRADO: 1° AÑO  
CICLO ESCOLAR 1999-2000

### CARACTERÍSTICAS GENERALES

Es la mayor de dos hijos, a decir de la madre es una niña con un carácter muy fuerte, pelea constantemente, muerde y agrede a sus compañeros, en casa es inquieta, respondona y muy rebelde, lo que ocasiona que la madre se desespere y le pegue constantemente, a decir de ella es muy difícil de manejar y hace berrinches constantemente. Tiene problemas de lenguaje y comenta: *"una tiene miedo de preguntar y me encierro en mi propio mundo"*

### ANTECEDENTES PERI Y POST NATALES

Embarazo de siete meses de gestación, refiere la Sra. que fue debido a un disgusto muy fuerte que tuvo con su esposo, parto eutócico no llorando al nacimiento, su peso al nacer fue de un kilo ochocientos gramos, por lo que permaneció en incubadora durante dos meses, hasta que alcanzó el peso de dos kilos seiscientos gramos. Su alimentación al entregársela fue muy difícil, por lo que la madre vivió esa época muy tensa, ella se describe nerviosa y enojona, por lo que siempre estaba al pendiente de la niña, la cual lloraba mucho.

Su desarrollo normo evolutivo fue lento, presento la marcha a los tres años y el lenguaje lo inició a los 5 años, después de acudir al Instituto de Comunicación Humana, en donde recibió terapia de lenguaje, no obstante a la fecha continúa con muchas dificultades en su lenguaje no pronuncia la "rr", "b", sustituyendo "rr" por "d". Su marcha es torpe, abre muchos los pies, sin embargo no se cae con facilidad.

La madre reporta que la menor ha sido relativamente sana; tiene todas las vacunas, nunca ha presentado crisis convulsivas, ni traumatismos que requirieran atención especial.

Últimamente el médico pediatra le prescribió "Encefapal, para la maduración de su cerebro", dado que el Electro Encefalograma que le realizaron indicó probable retraso psicomotor. Refiere la madre que *"Cuando me dieron el diagnóstico de mi hija, me fue difícil aceptarlo, por lo que recurrimos a muchos especialistas, aunque al final siempre teníamos el mismo diagnóstico"*

## **ANTECEDENTES FAMILIARES**

La familia está compuesta por los padres el Señor de 27 años, de ocupación obrero en restaurante (ayudante de mesero), con estudios de secundaria. Lo describe la Señora de carácter fuerte, enojón y alejado de su familia.

La Señora C.C de 24 años, actualmente dedicada al hogar, con estudios de primaria, se describe nerviosa, de carácter fuerte y explosiva.

Su hermano de tres años seis meses, con el que pelea constantemente.

Refiere la señora que la relación de pareja era buena hasta que nació su hija e iniciaron sus problemas, sobre todo cuando en el INCH dieron el diagnóstico de retraso; su esposo empezó a tomar y llegar tarde a casa, sin quererse responsabilizar de nada de su hija, llegan a pelear constantemente y se reprochan mutuamente. A decir de ella, sola se ha dedicado todo el tiempo a la educación de su hija, aunque también llega a explotar.

## **ESCOLARIDAD**

Acudió a Jardín de Niños, durante un mes, pero fue rechazada por conducta agresiva, llanto, no trabajaba, necesitando actividades diferentes a las del grupo. La psicóloga de la escuela, la canalizó a educación especial, pero espero a que iniciara el siguiente ciclo escolar y por recomendación de una vecina acudió al Instituto, inscribiéndola en primer grado, cursándolo actualmente por segunda ocasión. Actualmente le gusta asistir a la escuela, comentando la madre que le gusta tener su cuaderno y le gusta hacer sus tareas, junto con su hermano, aunque se tarda mucho en realizarlas.

## **INDEPENDENCIA**

Sabe vestirse sola, poniéndose pantalón y playera, sabe que es derecho y revés de su ropa y si se equivoca vuelve a colocárselos. No puede sin embargo abotonarse, colocarse blusas o vestidos abiertos (que impliquen botones o cierre), ni atarse los zapatos.

Hace mandados dentro de la casa, y en el vecindario, sin cruzar la calle, sus actividades dentro de la casa, son lavar trastes, aunque lo realiza mal, tira la basura, y tiene como labor en el hogar de recoger los zapatos de todos y la ropa sucia en una cesta.

## **SOCIALIZACIÓN**

La niña convive con sus primos, los cuales le pegan y ella también pega, por lo que luego prefiere jugar sola con sus muñecas o juega con una bebé que cuida su madre. A los tíos los abraza por las piernas, se les sube, los abraza, etc; en cuanto

que con adultos desconocidos e incluso niños es huraña y la madre comenta que cuando tenía año y medio hasta los tres años, la niña mordía las piernas de la gente.

## **EXPECTATIVAS**

La madre considera que la niña puede estar tres años en Educación Especial y después integrarse a una escuela regular; la imagina luchando sola, trabajando para ganarse la vida y que logre ser independiente.

## ENTREVISTA INICIAL

NOMBRE: L.M.V  
SEXO: FEMENINO  
EDAD: 11 AÑOS 1 MES  
ESCOLARIDAD: CUARTO GRADO  
CICLO ESCOLAR :1999/2000

### CARACTERÍSTICAS GENERALES

La menor es la hija menor de una familia compuesta por el padre y dos hermanas más, ya que la madre tiene un año que falleció de cáncer en páncreas. Es una niña demandante, de carácter fuerte, berrinchuda cuando no se realiza lo que ella quiere, se le dificulta acatar normas y límites. También refiere el padre que es insegura y miedosa ante situaciones nuevas, es una niña callada, seria y que se relaciona poco.

### ANTECEDENTES PERI Y POST NATALES

Embarazo de siete meses de gestación, con parto por cesárea, debido a presión alta. El padre no tiene datos acerca del peso al nacimiento y si lloró o no, lo que sabe es que permaneció en incubadora durante una semana.

Su desarrollo normo evolutivo fue más lento que sus otras hijas, principalmente en lenguaje, no hablando correctamente a los tres años, por lo que acudió al Instituto de Comunicación Humana, canalizándola a terapia de lenguaje en casa hogar, en donde recibió terapia de lenguaje, no recuerda cuanto tiempo, pero su evolución fue buena, mejorando mucho su lenguaje por lo que fue dada de alta.

Su marcha fue a los dos años y medio, no presentó problemas neuro motores, manejó el control de esfínteres a los tres años y medio.

En general manifiesta que fue una niña sana, no tuvo enfermedades graves, únicamente gripas ocasionales.

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Sobrino materno con antecedentes de crisis convulsivas, y un sobrino paterno con problemas de aprendizaje.

### ESTRUCTURA FAMILIAR

La dinámica familiar es difícil en general, ya que actualmente se han distanciado a raíz de la muerte de la madre, refiere el señor, que él se siente muy deprimido y culpable de todo lo que ocurre en la familia y se ha dedicado a trabajar, para no

pensar mucho en sus problemas. Es el señor quien marca la autoridad con su hija y comenta que no se acerca mucho a él, porque es quien la pone a estudiar, la menor se lleva mejor con su hermana mayor, aunque pelea en ocasiones, por no quererla obedecer y con la hermana menor pelea por sus cosas personales, mostrándose demandante para recibir la atención de todos.

## **ESCOLARIDAD**

Ingresó a los tres años a un Kinder particular, en donde trabajaba el señor, cursó dos años consecutivos, no detectándole limitaciones. A los cinco años cursó un año en Jardín de Niños oficial, no observando el padre muchos avances, solamente le comentaron que era algo distraída.

Ingresó a la edad de seis años al primer grado, reprobando por lo que fue canalizada a otra escuela, en donde tenían grupos integrados, cursando nuevamente este grado, el segundo grado lo cursó dos años consecutivos; no obstante comenta el padre que la escuela no le prestaba mucha atención. Pasó a tercer grado, con muchos problemas de aprendizaje, por lo que solamente lo cursó medio año, encargándose el señor de investigar acerca de escuelas de Educación Especial, encontrando el Instituto Médico Pedagógico ingresando a tercer año.

Actualmente su hija se ha adaptado bien a la escuela, le gusta asistir y se lleva mejor con sus compañeros, le comenta su hija que le gusta ir y ya no llora como antes.

## **INDEPENDENCIA**

En su arreglo personal, cada día es más independiente, se baña sola, elige la ropa que va a utilizar y solo requiere ayuda para peinarse.

No realiza mandados, ya que no sabe desenvolverse en la calle, siempre sale acompañada y aún no maneja el dinero adecuadamente.

En la casa, la ponen a realizar quehaceres domésticos, aunque no le gusta y se tarda en obedecer, termina haciendo lo que le mandan; le gusta trapear, así como lavar su ropa.

## **SOCIALIZACIÓN**

Es poco sociable, llega a ser tímida o callada y juega únicamente con niñas más pequeñas o sola con sus muñecas. Es más platicadora con los adultos, aunque no los conozca, ya que le gusta ser el centro de atención; pero en general comenta el padre que se relaciona poco.

## **EXPECTATIVAS**

El Señor espera que su hija salga de la escuela con una capacitación laboral, para que sepa valerse por ella misma.

ANEXO 3

ENTREVISTAS FINALES

## ENTREVISTA FINAL

**NOMBRE:** E.P. R  
**SEXO :** MASCULINO  
**E.C. :** 11.0 AÑOS  
**ESCOLARIDAD:** 3º GRADO  
**CICLO ESCOLAR** 1999-2000

Refiere la señora P.R que le hubiera gustado que el grupo continuara, ya que dice haber recibido mucho apoyo para ella y su familia a raíz de este trabajo.

### AREA EMOCIONAL

La madre comenta que el menor se muestra menos ansioso, sobre todo ha logrado establecer mejores relaciones con sus compañeros, lo que hace que acuda contento a la escuela, además que ha presentado menos accidentes de encopresis; esto ha permitido a la madre estar menos angustiada por su hijo y ha logrado romper ese círculo vicioso.

### INDEPENDENCIA

Ella ya permite que su hijo realice las tareas solo, no importando como salgan; sin embargo tiene aún que presionarlo para que permanezca sentado al realizarlas. Los padres han notado un cambio en su independencia, se lava los dientes y se baña solo, además ya se viste y realiza la mayor parte de actividades por el mismo, aunque todavía sigue exigiéndole a la madre que este con él, ella se ha mostrado más firme para que lo realice solo.



## SOCIALIZACIÓN

Comenta que en esta área, también ha tenido cambios significativos, porque han logrado que salga a jugar con algunos vecinos, aunque todavía con supervisión, por lo menos ha dejado de estar tanto tiempo con la madre y de jugar sólo o hablar en tercera persona.

En la pareja también han tenido cambios, ya que se han acercado a su familia nuclear, asistiendo a reuniones y visitando a diversos amigos mutuos; aunque en ocasiones vuelven a sentir el rechazo de la gente para con su hijo, por lo menos tratan de retomar sus vidas, para compartir con otros.

Refiere la señora que el grupo le ayudo mucho a darse cuenta que ella ya no tenía vida propia, que vivía a través de la angustia de tener un hijo diferente y que la gente los rechazaba, dice haberse dado cuenta que no eran los únicos que sufrían situaciones así y que el sobreproteger a su hijo, en lugar de apoyarlo como ella pensaba, lo perjudicaba más y lo hacía un inútil.

Espera que este tipo de grupos continúen trabajando para que sirva a muchos padres que no tienen este apoyo. A ella misma, refiere le ayudo mucho a no sentirse sola.

## ENTREVISTA FINAL

NOMBRE: L.M.V  
SEXO: FEMENINO  
EDAD: 11 AÑOS 4 MESES  
ESCOLARIDAD: CUARTO GRADO  
CICLO ESCOLAR : 1999/2000

El padre comenta que le sirvió mucho participar en este grupo, porque sintió apoyo para superar la muerte de su esposa y no sentirse sólo en la educación de sus hijas, además de reconocer que su hija tenía una discapacidad y saber como tratarla, a partir de lo que otros padres han vivido sus relaciones con este tipo de niños, después de esta experiencia, ha notado cambios en su estructura familiar y en su relación con su hija.

### INDEPENDENCIA

A pesar de que su hija ha avanzado en su arreglo personal, ya tiene iniciativa para bañarse, vestirse mejor, aún depende mucho de los adultos, como por ejemplo para trasladarse a la escuela, realizar mandados; considera el señor que por ser la menor y con los problemas que ha presentado, todos empezando por él, tratan de sobreprotegerla.

### SOCIALIZACIÓN

Sus relaciones con compañeros de escuela, han mejorado en relación a la escuela que asistía anteriormente, sin embargo sigue con conflictos de pleitos constantes, porque es una niña demandante y que si no se realiza lo que ella quiere, termina peleando; esto considera el señor que es por como la tratan en casa, pero que a raíz de lo que él aprendió en el grupo, a tratado de poner límites y de no sentirse culpable de lo que ha ocurrido en su familia y esto ha ayudado mucho a que sus hijas y él se puedan relacionar de mejor manera con amistades y familiares.

## **ESTRUCTURA FAMILIAR**

Con el grupo, comenta el señor que aprendió a ir superando la muerte de su esposa y apoyar a sus hijas para que lo vayan logrando.

Refiere que se han logrado establecer mejor los roles, ya que la menor motivo de estudio acepta más la autoridad de la hermana mayor, que es ahora quien se encarga de supervisarla en las tardes, con respecto a sus tareas.

El señor ha dejado de consequntar sus berrinches y tampoco de exigirle más de lo que ella puede realizar. Considera que están más tranquilos, lo que se ha reflejado en sus relaciones familiares.

## **EXPECTATIVAS**

Comenta Que a él le hubiera gustado que continuara el grupo, porque se había identificado con los padres que asistían al mismo, ya que al compartir experiencias que son similares, nos permite saber que no se está sólo, que no somos los únicos que vivimos experiencias duras y que no se es diferente a las otras personas.

Espera que esta experiencia del grupo le permita apoyar a su familia y salir adelante, ya que ha visto avances en su hija y espera que pueda ser una persona independiente.

## ENTREVISTA FINAL

NOMBRE: G.G.G  
SEXO: MASCULINO  
EDAD: 9 AÑOS 9 MESES  
ESCOLARIDAD: SEGUNDO GRADO  
CICLO ESCOLAR :1999/2000

Se presentan a la entrevista final la madre y la abuela, con muchos comentarios positivos con respecto al grupo, refiere la abuela que esta participación les sirvió mucho, porque su hija, logró escuchar muchas sugerencias de como tratar a su hijo y aunque en ocasiones se enojaba y no quería aceptar lo que le decían, logró tratar de otra manera a su hijo, sin golpes, aunque refiere que en ocasiones se le olvida y vuelve a pelear y decirle groserías; ante esto la madre se justifica diciendo que es porque su hijo no entiende y que así como ella participó en el grupo, debería de haber este tipo de reuniones con los hijos, para que ellos también cambien y se porten mejor.

Refiere la señora que es la única ocasión que le ha gustado asistir a estas reuniones, porque en todas las juntas o visitas a los médicos, a las que había asistido, en donde siempre la regañaban y aunque en el grupo, en ocasiones llegó a pelearse con los otros integrantes, sintió que siempre la comprendían y no solo a su madre (abuela) le daban la razón.

La abuela dice que se sintió muy apoyada en este grupo, porque toda su vida ha sido difícil guiar a su hija y a su nieto, y que en estas reuniones se sentía acompañada y lo que le decían a su hija, ya no era cuestión de pleito con ella, no le gustó que terminara y espera que este tipo de trabajos se repita más seguido.

### INDEPENDENCIA

Comenta la abuela que en su nieto aún no han habido grandes cambios, porque sigue igual de latoso, no logrando obedecer, ni estarse en paz, lo que ocasiona que en ocasiones sigan los pleitos con su madre, pero que ella al recordarle lo que le decían en el grupo, de no pegarle y tratarlo mejor, logra que se controle y trate de educarlo de mejor manera.

El nieto dice la abuela que trata de hablar más, dándose a entender con sonidos y señas y empieza a hacer mandados cercanos como son: tortilla y tienda, solo sí se le da el dinero exacto, porque no tiene todavía el manejo del mismo, ya se viste y baña solo, aunque lo hace mal.

## **ESTRUCTURA FAMILIAR**

Los cambios en la relación de familia han sido muy pocos, siguen conflictivas, porque el padre del menor no ha tenido cambios, sigue tomando y aunque es muy pacífico, la madre pelea constantemente, lo regaña y le pega; generalmente todo es a gritos y groserías a decir de la abuela, porque la madre continúa siendo nerviosa, explosiva y de carácter muy fuerte.

Comenta la abuela, que ella tiene aún que supervisarlos constantemente, y aunque seguirán así, sí les sirvió asistir al grupo.

## **SOCIALIZACIÓN**

En este aspecto el niño ya juega mejor con sus compañeros y se sale menos del salón, comentan que las quejas de la escuela han disminuido y se encuentra mejor en su grupo, aunque en la casa sigue estando solo y jugando con adultos y sus pocos juguetes que tiene.

## ENTREVISTA FINAL

NOMBRE: A.R.C.C  
SEXO: FEMENINO  
EDAD: 7 AÑOS 7 MESES  
GRADO: 1º AÑO  
CICLO ESCOLAR 1999-2000

Comenta que la participación en este grupo, le sirvió mucho tanto a ella, como a su esposo, porque muchas cosas que no se habían dicho o bien que ni siquiera pensaban que el otro sintiera, durante las sesiones, tuvieron la oportunidad de escucharse de otra manera, sin pleitos y con la aportación de sus compañeros de grupo, pudieron valorar de otra manera la forma en que cada uno vivía el tener una hija con discapacidad y la forma en que se culpaban, agrediendo y peleando por todo, sin querer responsabilizarse de nada. A partir de quitarse culpas, han logrado establecer una mejor relación.

### INDEPENDENCIA

Comenta la madre que ha sido difícil propiciar cambios en las respuestas independientes de su hija, ya que al cambiar ellos como padres y no darle respuestas agresivas ante sus berrinches, la menor se ha descontrolado, queriendo actualmente que vuelva la madre a vestirla y atenderla en todas sus necesidades.

Un gran cambio, refiere es en la relación de su hija con el padre, ya que este se ha acercado más a casa, en las actividades cotidianas, lo que ha reforzado la autoridad de ella misma, al mandar a su hija a realizar algo, por ejemplo bañarse, realizar mandados, que son mínimos, pero ya logra ir a la tienda, aunque no maneja adecuadamente el dinero.

Actualmente se le han asignado tareas domésticas y han disminuido los gritos y pleitos para que las realice; lava trastes y tiende su cama. Por último en esta independencia, se ha logrado que juegue con su hermano, sin tantos pleitos.

## **SOCIALIZACIÓN**

Su respuesta menos agresiva, se ha visto reflejada en la escuela, en donde pelea menos con sus compañeros, logrando integrarse a juegos con reglas, sin agredir a otros.

El cambio familiar ha sido significativos, ya que los padres han compartido más tiempo, tanto en casa como en lugares externos, ya que han acudido a fiestas y/o a pasear. A pesar de que continua peleando con el hermano, ya que no le gusta que se le atienda en sus necesidades, primero que a ella.

## **ESTRUCTURA FAMILIAR**

Refiere la señora que la relación de pareja ha mejorado, a pesar de que continúa sin responsabilizarse de las actividades de la escuela de su hija, ya participa más en las actividades de la casa a decir de la señora. Otro cambio es que ya no pelea por todo, ni ella, ni el padre aunque toma todavía, se muestra más contento y comparte con la familia, dejando de reprocharle a ella lo que realiza su hija.

Comenta la madre que le hubiera gustado que el grupo continuara, porque no habían tenido la oportunidad de expresar sus sentimientos, ni de escuchar a otros, sobre todo a su esposo, porque al platicar estando más personas, no les daba oportunidad de pelear y esto ha permitido que cambie lo que pensaban uno del otro y los reproches que se hacían uno a otro, comenta que no todo ha cambiado totalmente, pero que van mejorando sus relaciones.

## ENTREVISTA FINAL

NOMBRE: V.C.B  
SEXO: MASCULINO  
EDAD: 8.01 AÑOS  
ESCOLARIDAD: PRIMER GRADO  
CICLO ESCOLAR : 1999/2000

Comenta la señora que le sirvió mucho asistir al grupo, refiere que la ayudo a darse cuenta que lo que su hijo presenta, no es sólo problema de lenguaje, porque su comportamiento es parecido al que refieren los otros integrantes del grupo, Dice que se percató que nunca había querido aceptar que su hijo era diferente, por que sentía "mucha culpa de haber traído al mundo a un niño enfermo", pero ahora se da cuenta que puede ayudar mucho a su hijo sin consentirlo tanto y exigiéndole lo que pueda hacer.

### INDEPENDENCIA

Dice que hubo avances, aunque fueron pocos, porque tiene que estar comentando con sus hijos constantemente la forma de tratarlo y a veces es difícil que entiendan que sí le siguen haciendo todo, el no va a llegar a ser independiente; por lo menos ha logrado vestirse sólo y aunque se tarda, ella lo deja, otro logro es que se le exige que diga las palabras que desea, al principio hacia berrinches o no lo hacía, pero en el grupo comenta que se dio cuenta que ellos como familia le adivinaban todo y así ellos no se esfuerzan por hablar.

### SOCIALIZACIÓN

El menor sigue siendo muy "latoso" y le cuesta trabajo relacionarse con niños de su edad, porque les quita cosas o no respeta las reglas del grupo, continúa peleándose constantemente, pero ella ha logrado entender que no es que los otros lo rechazan, sino que su "enfermedad" no le permite que acepte los juegos de otros niños y es tan inquieto que no puede estar en paz para jugar con otros.



Con los adultos sigue siendo "encimoso" y le gusta que lo atiendan y jueguen con él. Comenta la señora que lo que aprendió ella en el grupo, trataba de decírselo a sus hijos y esposo, pero es difícil, porque el menor es el consentido de todos.

Ahora lo que sí ha logrado, es que realiza mandados a lugares cercanos, sin cruzar calles, por ejemplo ir por tortilla y cada vez lo hace mejor.

## **ESTRUCTURA FAMILIAR**

Mejoraron las relaciones con su esposo, porque ella al no sentirse tan culpable o culpándolo a él de que su hijo naciera así, ya no pelea tanto con él y salen de vez en cuando a pasear con su hijo y esto ha ayudado a que el menor se acerque más a ellos. También el señor se sienta con el niño para realizar las tareas.

Considera la madre que fue el grupo quien la ayudó a abrir los ojos y darse cuenta que su hijo era diferente y esto le ha permitido apoyarlo de mejor manera y sin golpes, porque aunque en el grupo en ocasiones era callada y no decía que ella también llegaba a pegarle para que aprendiera, al ver que otros sí lo hacían y los consejos que les daban, le ayudaron a ella.