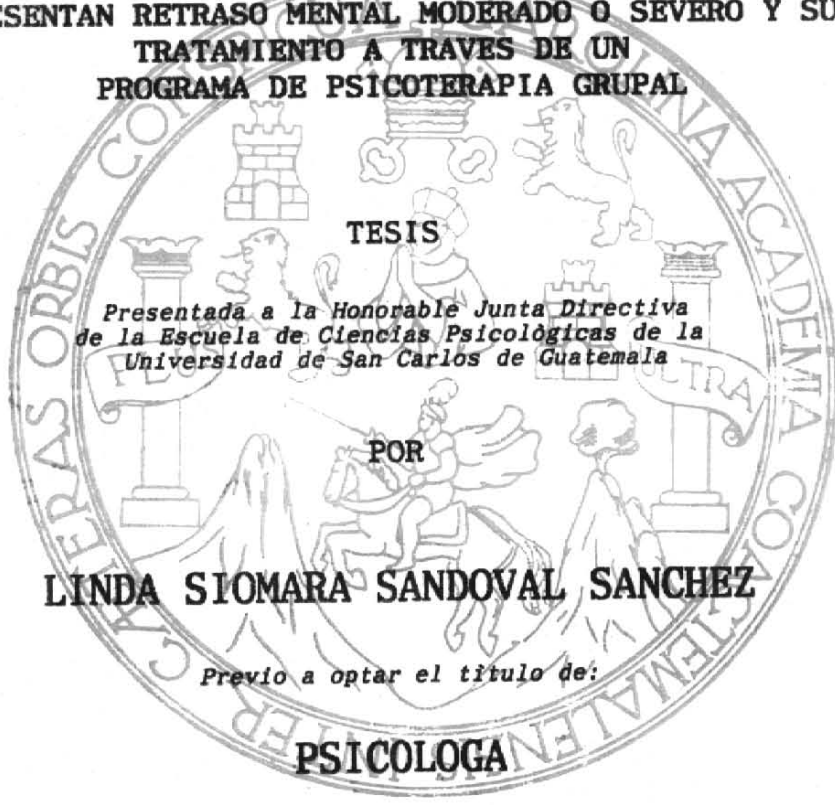


1,168

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

EL RECHAZO COMO FACTOR PREDISPONENTE DE RASGOS
DEPRESIVOS EN PADRES DE FAMILIA CUYOS HIJOS
PRESENTAN RETRASO MENTAL MODERADO O SEVERO Y SU
TRATAMIENTO A TRAVES DE UN
PROGRAMA DE PSICOTERAPIA GRUPAL



TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

LINDA SIOMARA SANDOVAL SANCHEZ

Previo a optar el título de:

PSICOLOGA

En el grado académico de:

LICENCIADA

Guatemala, agosto de 1998



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
M-3 Ciudad Universitaria, Zona 12
Tel: 4789984, 4789985, ext. 4789-1
Fax: 4789984, 4789985, ext. 4789984
E-Mail: DEACTPSIC@USAC.GU
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 985-96

CODIPs. 624-98

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION

Agosto 10 de 1996

Señorita Estudiante
Linda Siomara Sandoval Sánchez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted
, el Punto DECIMO (10o.) del Acta VEINTISIETE NOVENTA Y OCHO (27-
98) de Consejo Directivo, de fecha 29 de julio del año en curso,
que copiado literalmente dice:

"DECIMO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el
Informe Final de Investigación titulado: "EL RECHAZO COMO FACTOR
PREDISPONENTE DE RASGOS DEPRESIVOS EN PADRES DE FAMILIA CUYOS HIJOS
PRESENTAN RETRASO MENTAL MODERADO O SEVERO Y SU TRATAMIENTO A
TRAVES DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA GRUPAL", de la Carrera
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

LINDA SIOMARA SANDOVAL SANCHEZ

CARNET No. 90-18506

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el
Licenciado Ronald Amilcar Solís Zea y revisado por el Licenciado
Walter René Soto Reyes.

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

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Rosy

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
R E P R E S E N T A N T E C L A U S T R O C A T E D R A T I C O S



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M4, Ciudad Universitaria, Zona 12
Tel. 4780780-4, 4780885, ext 480-1
Director: 4788802, 4787218, fax 4788014
e Mail: USACPSIC@edu.gt
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

CIEPs. 38/98
REG. 985/96

[Handwritten signature]
050718

REGISTRADO
ESCUELA DE PSICOLOGIA-USAC
CONSEJO DIRECTIVO

Guatemala, 15 de julio del 1998.

Fecha _____ Año _____
CODIP: _____

INFORME FINAL

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS
RECIBIDO
20 JUL 1998
[Handwritten signature]
HORA _____

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Walter René Soto Reyes, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"EL RECHAZO COMO FACTOR PREDISPONENTE DE RASGOS DEPRESIVOS EN PADRES, DE FAMILIA CUYOS HIJOS PRESENTAN RETRASO MENTAL MODERADO O SEVERO Y SU TRATAMIENTO A TRAVES DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA GRUPAL"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOMBRE:
LINDA SIOMARA SANDOVAL SANCHEZ

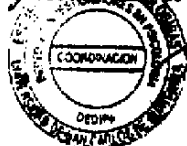
CARNE No.
90-18506

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes, para obtener ORDEN DE IMPRESION.

Atentamente,

"ID Y ENSAYAD A TODOS"

[Handwritten signature]
LICDA. EDITH RÍOS DE MALDONADO
COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA



ERDM/edr
c.c. Docente Revisor
Archivo



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M5, Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels: 4760780-1, 4760880, ext 480-1
Director: 4760882, 4767210, fax 4768814
e Mail: LIBACPSIC@usac.gt
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

CIEPA. 37/98

Guatemala,
15 de julio de 1,998.

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA RIOS:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle
que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACION,
titulado:

"EL RECHAZO COMO FACTOR PREDISPONENTE DE RASGOS DEPRESIVOS EN PADRES
DE FAMILIA CUYOS HIJOS PRESENTAN RETRASO MENTAL MODERADO O SEVERO,
Y SU TRATAMIENTO A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA GRUPAL"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOMBRE
LINDA SIOMARA SANDOVAL SANCHEZ

CARNE No.
90-18506

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos
establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito
DICTAMEN FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LIC. WALTER RENE SOTO REYES
DOCENTE REVISOR

c. c. Archivo
Docente Revisor



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio N.º 5, Ciudad Universitaria, Zona 12
Tel.: 4760200-4, 4760206, ext. 480-1
Directo: 4760202, 4767218, Int. 4760214
E-Mail: UBACPSIC@ccig.ig
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA



14 FEB 1998

Enero, 12 de 1998

Licenciada
Edith Ríos de Maldonado
Coordinador a.i.
Departamento de Investigación
Edificio.

Licenciada Ríos:

Me permito informar a usted, que he asesorado el trabajo de investigación titulado: "EL RECHAZO COMO FACTOR PREDISPONENTE DE RASGOS DEPRESIVOS EN PADRES DE FAMILIA CUYOS HIJOS PRESENTAN RETRASO MENTAL MODERADO O SEVERO Y SU TRATAMIENTO A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA GRUPAL," realizado por la estudiante:

Linda Siomara Sandoval Sánchez

Carnet 9018508

Por conciderar que llena los requisitos exigidos por su departamento, me permito otorgarle la aprobación correspondiente, solicitándole se sirva continuar con los trámites que sean necesarios, previos a su graduación profesional como Licenciada en Psicología.

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Lic. Ronald Solís Zoa
ASESOR
Colegiado No. 4,190



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M-3, Ciudad Universitaria, Zona 17
Tels. 4780790-4, 4780822, ext. 480-1
Telex: 4780802, 4782210, Int. 4780814
e-mail: USACPSIC@unig.g
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 985-86

CODIPs. 826-97

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y
NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Septiembre 11 de 1997

Señorita Estudiante
Linda Siomara Sandoval Sánchez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEPTIMO (7o.) del Acta VEINTIOCHO NOVENTA Y SIETE (28-97) de Consejo Directivo, de fecha 20 de agosto del año en curso, que copiado literalmente dice:

"**SEPTIMO:** El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "EL RECHAZO COMO FACTOR PREDISPONENTE DE RASGOS DEPRESIVOS EN PADRES DE FAMILIA CUYOS HIJOS PRESENTAN RETRASO MENTAL MODERADO O SEVERO, Y SU TRATAMIENTO A TRAVES DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA GRUPAL", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:

LINDA SIOMARA SANDOVAL SANCHEZ

CARNET No. 90-18506

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Licenciado Salvador Edmundo García López."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAR A TODOS "

Licenciada ~~William Elizabeth Ponce Ponce~~
SECRETARIA



/Rosy

MINISTERIO

BIBLIOTECA Central

ACTO QUE DEDICO

A DIOS POR SER LUZ Y GUIA ESPIRITUAL EN MI VIDA.
A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
A MI MADRE VIRGINIA SÁNCHEZ DE SANDOVAL
A MIS HERMANOS BORIS, INGRID, CAROLINA, JORGE
A MIS SOBRINOS JOSÉ ALFREDO, JUAN PABLO, ANDREA,
CINTHYA, PAOLA.
A TODOS MIS FAMILIARES Y AMIGOS
A USTED ESPECIALMENTE

AGRADECIMIENTO

Agradesco sinceramente todas las personas que hicieron posible la realización del presente trabajo, particularmente al Licenciado Ronald Amílcar Solís Zea, por su colaboración como asesor, a la Licenciada Edith Ríos de Maldonado por su valiosa intervención en la revisión de dicha investigación.

Al Colegio Niño de Praga donde se realizó este estudio y de manera especial a los padres de familia que brindaron su colaboración.

PADRINOS DE GRADUACION

**LICDA. SILVIA MARINA SOSA DE PAREDES
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**DRA. DORA LUCRECIA CUELLAR DE SANDOVAL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

I INTRODUCCION

El Colegio Niño de Praga, es una institución educativa privada, en la que se atienden a niños con diferentes discapacidades, en especial niños con retraso mental moderado y severo, contando para el efecto con personal especializado, con la finalidad de cubrir no sólo las necesidades de los niños que se atienden, sino también de los padres de familia o encargados.

En el caso de los niños con retraso mental moderado y severo, observamos una serie de problemas propios de su condición, particularmente en las siguientes dimensiones:

1.1 conducta adaptativa y capacidad intelectual, 1.2 consideraciones emocionales y psicológicas, 1.3 condiciones psíquicas, de salud y etiológicas y 1.4 conducta comportamental. Sin embargo la población objeto de esta investigación, fueron los padres de familia o encargados de los niños, quienes manifiestaban diversas reacciones ante el problema de sus hijos. Los padres de los niños con retraso moderado, mostraban conductas que reflejaban cansancio, incapacidad de continuar con la ilusión de que el niño mejoró y sentimientos de culpa. En los padres de los niños con retraso mental moderado, observamos que consideraban que la mayoría de las personas no querían su amistad (constantemente evaden a los demás), sentían que los despreciaban, pérdida del apetito, insomnio, apesadumbramiento, frustración, todo generado por la condición de sus hijos. En el caso de los padres de niños con retraso mental profundo, su reacción era de desesperanza, frustración y finalmente conformismo.

INSTITUTO

BIBLIOTECA CENTRO

Este tipo de reacciones ante la condición de sus hijos, no constituyen una depresión como un cuadro nosológico per se, sino son una reacción ante la condición de salud de sus hijos. Generalmente asumimos que estos rasgos depresivos aparecen como resultado de los sentimientos de incapacidad de ayudar a sus hijos a superar el problema; de frustración ante la amenaza de que su estado empeore y tener que cuidar de ellos todo el tiempo, y finalmente de un sentimiento de culpa, por considerar que ellos pueden ser los culpables de su retraso. Sin embargo al observar cotidianamente a estos padres, presentaban conductas hacia el niño tales como: descuido, el cual podrá llegar hasta el abandono de sus hijos; tendencia a aislarlos de las actividades donde tengan que compartir con otras personas.

Esto nos hizo suponer que había un rechazo subyacente en estos padres hacia sus hijos, lo que generaba en ellos frustración y otros rasgos depresivos ante la incapacidad de modificar el estado de salud de sus hijos. Observamos que aunque todos los padres sufrían algún sentimiento de culpa y frustración por la condición de retraso mental de sus hijos, sin embargo la intensidad de los mismos variaba cuando se presentaba rechazo e ira contra ellos; además de predisponerlos al apareamiento de rasgos depresivos, que no se presentaban en los padres que aceptan la condición de sus hijos. Es importante mencionar que esto coincide con la pérdida del objeto amoroso, o sea, el hijo deseado sano y fuerte (luto no complicado). Situación que hace que la agresión que no puede dirigirse hacia el niño, se dirija a sí mismo, redundando en

descuido personal, baja autoestima y demás consecuencias de la auto agresión. Sin embargo no se trata de un síndrome de duelo o pesar, ya que la duración de este estado de ánimo en los padres, data de más de dos años (todos los niños son mayores de 3 años), lo que no permitió considerarlo como un entristecimiento simple.

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes. Durante la mayor parte de este siglo los clínicos han intentado subclasificar este síndrome basándose en los síntomas y en las causas. Muchas de las clasificaciones resultaron no válidas o poco dignas de confianza. Por ejemplo, la distinción entre las depresiones que eran "reactivas" y las que eran no reactivas o endógenas, es decir, no precipitadas por el stress psicosocial, resultaron carecer de valor para la predicción. En todo caso, estos criterios son muy subjetivos y dependen de la manera que se obtenga la historia detallada y el valor que asignen el paciente o el psicólogo a los cambios que ocurren de manera sistemática durante la vida. Del mismo modo, no parecen merecer confianza las distinciones que se basan en la edad, pues la investigación reciente indica que la depresión no es cualitativamente diferente durante el período involutivo que durante cualquier otra etapa.¹

El carácter de los síntomas depresivos depende en gran medida de la gravedad del trastorno. En los más graves los pacientes pueden manifestar un sistema delirante paranoide extenso o nihilista y experiencia de alucinaciones, por lo general de

¹ Goldman, Howard, H., PSIQUIATRIA GENERAL. Segunda edición, México, El Manual Moderno 358 p.

contenido despreciativo y consonantes con el estado subyacente del humor. Los síntomas se desarrollan de manera gradual durante un período de muchos meses o, de manera más impresionante durante un período más breve, en muchos casos después de una pérdida importante o una crisis de stress, aunque no es necesario que ocurra así. Si no se aplica tratamiento la crisis depresiva puede resolverse de manera espontánea durante un período de semanas o meses, o volverse crónica y conservarse sin cambios en esencia durante varios años.

El rechazo es el grado de desaprobación total de un fenómeno. Es una actitud, y la actitud es la reacción preestablecida ante un estímulo, la cual va desde la aceptación al rechazo, de lo negativo a lo positivo y es aprendida en el transcurso de la vida; por lo que puede ser modificada.¹

Los padres de familia sujetos de este estudio, fueron de ambos sexos, en edades comprendidas entre los 20 y los 50 años. Muchos de estos padres poseen características que inciden en que el problema se agudice y hasta tome dimensiones de riesgo: baja escolaridad, hogares desintegrados, bajo ingreso familiar, discriminación familiar y laboral entre otros.

Es importante, aunque no fue el tema central de nuestra investigación, definir el retraso mental: El retraso mental se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento del individuo. Se caracteriza por un nivel de inteligencia inferior al

¹ Wittig, Arno F., INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA, cuarta edición, México, Trillas, 290 p.

promedio, la cual presenta además, limitaciones en dos o más de las siguientes habilidades adaptativas: comunicación, actividades de autoayuda, vida en el hogar, habilidades sociales, relaciones comunitarias, autodirección, salud y seguridad, funcionamiento académico, descanso y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años de edad. (Última definición presentada en 1993, por la Asociación Americana del Retraso Mental).³

Finalmente cabe mencionar que como parte de esta investigación, se implementó un programa de terapia grupal a los padres de familia, con la finalidad de ayudarles a superar sus trastornos emocionales, en especial los trastornos del estado de ánimo o del humor que vienen sufriendo como consecuencia del problema de sus hijos.

La psicoterapia de grupo es una forma de tratamiento en la que se producen cambios benéficos en pacientes alterados desde el punto de vista emocional como resultado de sus interacciones con otros pacientes y, por lo menos, un terapeuta profesional en un ambiente de grupo. Los resultados del tratamiento consisten tanto en el alivio de los síntomas como en resolución de los problemas intrapsíquicos e interpersonales. Los instrumentos a los que recurre el terapeuta son experiencia clínica y teorías aplicadas de la psicodinámica individual y de los sistemas interpersonales.⁴

³ Arce de Wantland, Silvia y Beatriz García de Zelaya, Retraso Mental, Primera edición, Guatemala, ASIKS 23 p.

⁴ Goldman, Howard H.: et. al. op. cit. 585 p.

Se logró ayudar a que los padres superen sus problemas emocionales, en particular, los relacionados con el estado ánimo producidos por el problema de retraso mental moderado o severo de sus hijos, logramos una meta de por sí grande. Sin embargo, se comprobó que este trastorno del estado de ánimo en este grupo en particular, se acompaña de una actitud de rechazo hacia el estado de salud de sus hijos, más que por un sentimiento de culpa.

JUSTIFICACION

Son muchas las instituciones que se dedican a la atención de niños con discapacidades, y en todas encontramos padres de familia que manifiestan espontáneamente o a través de su comportamiento, padecer de estados depresivos como consecuencia de la condición de salud de sus hijos. Estos trastornos del estado de ánimo, no permiten que el padre o encargado atienda adecuadamente el problema de su hijo, el cual además afecta la dinámica familiar y al resto de sus miembros. En tal virtud, era necesario ahondar en las causas del apareamiento de rasgos depresivos en los padres de niños con discapacidades, en este caso niños con retraso mental moderado y severo, con la finalidad de brindarles apoyo y la atención necesarias, sobre bases más sólidas que permitan un tratamiento adecuado.

El considerar la frustración y los sentimientos de culpa del padre de familia del niño con retraso mental, como los únicos generadores de rasgos depresivos, nos permitía una terapia efectiva y mejorara su estado de ánimo, ya que la génesis del problema no estaba siendo atacada. Por tanto si se lograba establecer el rechazo como la actitud que acompaña y genera rasgos depresivos en los padres de niños con retraso mental, en esta población que asiste al Colegio Niño de Praga lograría una mejor ventilación del problema, y por tanto la superación del mismo.

Mejorando el estado emocional de los padres de niños con retraso mental moderado y severo, estamos brindando mejores condiciones para su desarrollo y recuperación en el ambiente

ANEXOS

Centro

familiar, especialmente en lo que a afecto y atención se refiere.

Finalmente es importante el hecho que no existe gran cantidad de estudios en este campo, por lo que era urgente y necesario iniciar una exploración que nos permitiera llegar a conocimientos más profundos.

MARCO TEORICO

El rechazo es una predisposición a evitar un fenómeno, objeto o situación. Actitud fuertemente negativa acompañada de sentimientos intensos.⁵

Gran parte de nuestra conducta social es determinada por nuestras actitudes, adquiridas éstas a través del proceso de socialización; ya que el mismo comprende el aprendizaje que resultan adecuados al grupo social donde somos educados.

Una actitud es la predisposición para responder de manera predeterminada, a estímulos relevantes. No todas las predisposiciones son clasificadas como actitud. Para poder distinguir las actitudes de otros estados internos que actúan como motivaciones, se toman los siguientes criterios.

- Las actitudes son aprendidas.
- Las actitudes son relativamente estables: como las actitudes son aprendidas pueden ser alteradas por medio de la experiencia. Sin embargo, nuestras actitudes no están sujetas a fluctuaciones momentáneas del individuo.
- Las actitudes implican relaciones entre sujeto y objeto o situación. Las actitudes se forman en relación respecto a los grupos específicos, problemas e individuos determinados; se revelan por medio de ellos.
- Lo referente a una actitud, puede comprender un pequeño o un gran número de cosas.

⁵ Witting, Arno et. al.. op. cit 290 p.

- Las actitudes tienen propiedades motivadoras específicas; las actitudes varían desde lo fuertemente positivo hasta lo fuertemente negativo.

Positivo: tendencia de acercamiento hacia el objeto o situación.

Negativo: predisposición a evitar el objeto o situación. En la mayoría de los casos las actitudes fuertemente positivas o negativas van acompañadas de sentimientos intensos.

La conducta es todo aquello que hacemos, pensamos y sentimos. La conducta es función de dos características: la de la persona que se comporta y de la situación en que esta persona se encuentra. Por lo tanto una persona puede sostener actitudes muy fuertes y sin embargo en ciertas circunstancias comportarse de modo enteramente contradictorio, con respecto a esas mismas actitudes.⁶

Las actitudes se forman en varias situaciones:

- La acumulación y la integración de numerosas experiencias relacionadas entre sí.
- La individualización, diferenciación y segregación de experiencias. A medida que se presentan nuevas experiencias éstas pueden tender a formar ciertas actitudes.
- Experiencias traumáticas.

⁶ Ibidem 291 p.

- Adopción de actitudes convencionales; el individuo desarrolla actitudes por el contacto con otras personas que sostienen la misma actitud, más que como resultado de una experiencia nueva.

Las actitudes son rara vez asunto individual, generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía. Las variaciones individuales, tales como: sexo, edad, diversas características personales tienen mucho que ver con la naturaleza del grupo al que pertenece.

Las actitudes no son entendidas inmutables ni fijas, pueden cambiar de numerosas maneras, puesto que muchas actitudes son derivadas en su forma definitiva de grupos específicos de referencia.

Se ha encontrado que dos métodos trabajan bien para cambiar las actitudes: cambiar el grupo de referencia del individuo y el cambio de normas sociales.

Desde el punto de vista cronológico, la personalidad atraviesa por tres tipos de técnicas de ajuste, correspondiente de forma gruesa a lo siguiente: la actitud de sumisión se adopta durante la infancia; la agresiva durante la adolescencia y la de desprendimiento durante la adultez.

La mayoría de la gente atraviesa por tres técnicas al enfrentarse a las vicisitudes de la vida diaria, y ningún ser humano desde el punto de vista de Horney está completamente libre de conducta irregular.

Un aspecto destacado de la Psicología Social es el estudio de las actitudes, las cuales son reacciones evaluadas aprendidas en relación con objetos, hechos y otros estímulos.

Decir que una actitud es una reacción evaluativa aprendida con respecto a un estímulo, sólo explica parcialmente el concepto. Las actitudes tienen diferentes componentes, que al combinarse constituyen la reacción total que una persona puede tener frente a un estímulo.

- **Componente Afectivo:** Un aspecto de las actitudes es el componentes afectivo, el sentimiento, la reacción emocional del individuo hacia el estímulo. Las reacciones afectivas pueden ser positivas o negativas.
- **Componente Cognoscitivo:** Se refiere a las creencias que el sujeto tiene con respecto al objeto estímulo, estas creencias son básicamente la aceptación de alguna conclusión acerca de los estímulos.
- **Componente de Comportamiento:** Las tendencias de comportamiento hacia los estímulos se llaman componentes de comportamiento. Este aspecto describe las acciones tanto favorables como desfavorables que pueden realizar las personas en relación con los objetos o situaciones estímulos.

Complejidad de las Actitudes:

Las actitudes se clasifican de acuerdo con su nivel de complejidad, una opinión que puede identificarse en algunos casos en términos de sí - no, o bueno - malo, se llama actitud simple. Las actitudes que implican varias reacciones se llaman actitudes complejas o múltiples.

Influencia en las actitudes:

Existen ciertas fuentes de influencia y reforzamiento que son muy importantes en el desarrollo de las actitudes:

- **Influencia Parental:** para los niños los padres son sobre todo la fuente más importante de actitudes. Las actitudes de los padres y los refuerzos que ellos dan al niño por reaccionar en cierta forma influyen poderosamente sobre él, en general, a medida que el niño crece, esta influencia va siendo cada vez menos importante.

- **Influencia de los Compañeros:** la influencia más destacada que reemplaza a la de los padres (a medida que el niño crece) es la de los compañeros, esta comienza a una edad bastante temprana y aumenta en importancia a medida que crece.

- **Influencia de la Educación:** otra fuente importante de información y reforzamiento proviene de la educación formal que tiene una persona. Parece que sus actitudes tenderán a ser más liberales.

Influencia de los Medios de Comunicación: éstos pueden ayudar a formar actitudes. Por ejemplo, una cantidad de programas de televisión puede presentar información crucial con respecto a situaciones políticas, sin embargo es poco probable que la información presentada por los medios de comunicación cree actitudes. Más bien parece apoyar las actitudes que ya han sido estimuladas por alguna de las fuentes de influencia principales.

Período Crítico para el Desarrollo de las Actitudes:

Por lo menos una alternativa propuesta ha sugerido que el tiempo decisivo para establecer la mayor parte de las actitudes, se da entre los 12 y 30 años de edad. Después de los 30 años de edad, se dice que las actitudes se cristalizan y son poco probables los cambios.

La depresión constituye una de las constantes modalidades de reacción del hombre frente a diversas causas, físicas o psíquicas. Cada quien ha experimentado en sí mismo a lo largo del tiempo (de un día al otro, de una hora a otra en el mismo día) esa particular sucesión de estados de ánimo llamada tono del humor. A veces uno se siente triste, de mal humor o pesimista sin razón aparente, en tanto que otras veces, se puede sentir particularmente eufórico u optimista, también sin razón aparente. En algunas circunstancias patológicas, estas oscilaciones del tono del humor pueden alcanzar una intensidad y una duración tales que influyan gravemente en el comportamiento y perturbar toda la personalidad del paciente, hasta

el punto de hacer surgir, en los casos más graves, un verdadero riesgo de suicidio. A este propósito hay que recordar cómo la gran mayoría de los suicidios que ocurren todos los días se deben a la presencia de un estado depresivo, y cómo probablemente con una observación más atenta del comportamiento de estos sujetos y con una oportuna intervención terapéutica, se hubiera evitado. A la luz de esta consideración deben encuadrarse las manifestaciones observables de la depresión; mucho más frecuente de lo que puede parecer, numerosos pacientes internados en hospitales generales por presuntas afecciones somáticas, padecen en realidad de síntomas depresivos, y cada vez que se encuentra en un estado depresivo hay que tener presente la posibilidad de suicidio.

Los síntomas de la depresión pueden encuadrarse en tres grupos:

- a. Signos obtenidos por la observación del paciente
- b. Sensaciones referidas por el paciente
- c. Síntomas somáticos

Signos obtenidos por la observación del paciente:

El **ASPECTO GENERAL** del deprimido es casi siempre tan característico que permite hacer un diagnóstico desde la primera mirada. El rostro es tenso, pobre en movimiento mímicos, bloqueado en una expresión de dolor y de tristeza, las cejas están contraídas, los ojos poco móviles y lúcidos; en los casos más graves, el paciente puede llorar silenciosamente, pero siempre con una extrema pobreza de movimientos mímicos. Además, puede mostrar un descuido más o menos acentuado en el vestido o en cuidado de la

propia persona (por ejemplo, barba no rasurada si se trata de un hombre, rostro no maquillado y cabellos no arreglados si se trata de una mujer).

LA LENTITUD MOTORA del deprimido es muy evidente: los movimientos son lentos, ocurren con obvio esfuerzo por parte del paciente, como si a cada músculo se le hubiera agregado un peso; hay notable retraso para responder a las preguntas; las respuestas surgen con palabras aisladas o directamente con monosílabos. En los casos graves, el paciente puede permanecer sin más casi inmóvil durante todo el día, sin reaccionar a los estímulos.

EL TONO DE LA VOZ ES GENERALMENTE BAJO, con una entonación lamentosa, las palabras son pronunciadas lentamente, con fatiga y habitualmente muy pocas, tanto que hacen necesario formular numerosas preguntas por parte del examinador para obtener un mínimo de información sobre el paciente.

LA RELACION COMUNICATIVA CON EL EXAMINADOR suele ser notablemente difícil: el paciente logra ponerse en relación con quienes le rodean sólo al precio de gran dificultad y de un notable esfuerzo; en los casos más graves se muestra alejado de cuanto le rodea y concentrado en su propia desesperación y su dolor. La impresión más común es la de la pasividad y la indiferencia, aunque en los casos más leves el paciente logra encontrar suficiente energía para superar tal actitud y comunicarse con el examinador.

LOS CONTENIDOS DEL DISCURSO del deprimido suelen ser incompletos y estereotipados, con una clara tendencia a polarizarse sobre determinados temas de contenido generalmente pesimista o sobre temas de culpabilidad y autoacusación. En todo caso, las secuencias ideativas aparecen lentificadas, con una notable dificultad y lentitud en la formación de las cadenas asociativas.

LA ATENCION Y LA CAPACIDAD DE CONCENTRACION se encuentran notablemente comprometidas: el paciente no muestra capacidad para mantener la atención concentrada durante un tiempo sobre un tema determinado; con facilidad se distrae y recae en los mismos pensamientos angustiosos de los que puede ser distraído solamente renovando la estimulación exterior.

EL COMPORTAMIENTO EN GRUPO está caracterizado por una notable pasividad: el paciente no participa del todo o participa pasivamente en las actividades de grupo. Se muestra claramente fastidiado por encontrarse rodeado por otras personas, prefiere estar solo, se aísla, habla poco o nada; si es estimulado, puede reaccionar cerrándose más en sí mismo.

Sensaciones Referidas por el Paciente:

LOS SENTIMIENTOS DE INSUFICIENCIA Y TRISTEZA son prácticamente constantes en todo estado depresivo: el paciente se siente incapaz de terminar hasta tareas relativamente sencillas en las antes se desempeñaba de manera adecuada. También sus capacidades para

enfrentar las situaciones de la vida cotidiana están reducidas: cada cosa, cada situación, representa para el paciente un peso difícilmente superable. Apenas inicia una tarea, se descorazona con facilidad; una piedra se convierte en montaña, una frustración en un drama. Se siente apático, vacío, débil, fatigado, ineficiente, incapaz de iniciar y hacer cualquier cosa.

LA EVALUACION ANGUSTIOSA DEL PROPIO PASADO aparece frecuentemente en las sensaciones referidas por el paciente. La vida pasada es vista sólo a la luz de sus verdaderos o presuntos aspectos negativos: insignificancias particulares de ésta son amplificadas y dramatizadas de manera pesimista y constituyen el tema sobre el cual se polarizan los pensamientos obsesivos del paciente. Tales rasgos pueden llegar hasta el desarrollo de sentimientos de culpabilidad con base en hechos o acontecimientos de la vida pasada, objetivamente irrelevantes; el paciente puede llegar a acusarse de culpas no cometidas, viviendo tal situación de manera angustiosa, al grado de llegar a quitarse la vida sintiendo imperdonables sus presuntas culpas.

Así como el propio pasado es visto de manera angustiante y culpabilizada, la vivencia de la situación presente es pesimista y peyorativa: el paciente tiende a devaluar y a mirar bajo una luz peyorativa la situación actual; las pequeñas dificultades son vistas como insuperables, su condición actuales vista trágicamente y sin posibilidad de salida; obstáculos de todo género hacen el presente angustioso y la vida no merece vivirse. Incluso el paciente manifiesta una clara

dificultad para proyectarse al futuro: no existe esperanza, ni fe, ni posibilidad de hacer proyectos ni de verse a sí mismo fuera del sufrimiento y la tristeza actuales.

LA PERDIDA DE LOS INTERESES es otro dato constante: el paciente refiere sentirse vacío, muerto internamente, sin capacidad para interesarse en algo. Las cosas y la actividad que inicialmente constituían motivos de estímulo aparecen ahora insignificantes y privadas de sentido. El trabajo, las amistades y las preocupaciones actuales se tornan vacías y frías; también la capacidad de experimentar los afectos parece abolirse, generando la penosa sensación que los pacientes llaman sentimiento de la pérdida del sentimiento. Son referidos además, diversos tipos de déficit de habilidades: dificultad de concentración, pérdida de la memoria, cansancio fácil y otras más.

SINTOMAS SOMATICOS:

El trastorno más constante es el insomnio. En los casos más graves, es total; en otros, se manifiesta con dificultad en el adormecimiento o con despertar o con sueño interrumpido, discontinuo, irregular, acompañado de sueños de contenido angustioso y terrorífico. No obstante hay que tener en cuenta que en ciertas formas de depresión y en un limitado número de casos el paciente puede tener un comportamiento opuesto, durmiendo más de lo normal incluso durante el día. También es frecuente la reducción del apetito: el paciente come poco, con disgusto y de manera irregular. Con frecuencia, los pacientes deprimidos presentan notables trastornos del aparato digestivo: el estreñimiento es el

síntoma más frecuente, pero en ocasiones se puede observar diarrea, náuseas y vómitos.

Son muy frecuentes los trastornos de la esfera sexual: en la mujer son evidentes las irregularidades del ciclo menstrual (dismenorrea, oligomenorrea, amenorrea) y la disminución del impulso sexual (frigidez); hombre, esta última característica se manifiesta a través de los síntomas de impotencia. A este propósito se debe tener presente que en un alto porcentaje de casos, la aparición de impotencia en un hombre que anteriormente tenía una actividad sexual normal, indica la presencia de un estado depresivo inicial.

Menos frecuentemente se encuentran las irregularidades a cargo del aparato cardiocirculatorio (taquicardia, sensación de opresión en el área precordial).

La sintomatología de depresión es extraordinariamente variada. Las manifestaciones que hemos descrito sólo representan los fenómenos psicológicos más frecuentes. Unas veces están unos en primer plano y están ausentes los otros. Los psicólogos ante este polimorfismo psicopatológico, intentaron, como en otras enfermedades, delimitar los síntomas fundamentales de la depresión.

Estos síntomas fundamentales, de los que derivarían los demás, serían: 1° la tristeza, 2° la inhibición psicomotriz y 3° las ideas delirantes. En un principio se pensó que estos tres síntomas básicos funcionarían con cierta independencia, de modo que se podía presentar uno de ellos, dos o los tres. Las ideas delirantes son

todas las ideas de perjuicio, de ruina y de culpabilidad que tiene el depresivo.

Más tarde se pudo comprobar que esta división en tres síntomas fundamentales era a todas luces artificial. Entonces se intentó delimitar cuál era el síntoma fundamental de la depresión, respecto del cual todos los demás serían derivados. Este síntoma tenía que ser indudablemente la tristeza. Pero no se trataba de la misma tristeza que puede vivir el hombre normal, que es motivada por un acontecimiento negativo. La tristeza del depresivo, en general es una tristeza sin causa.

También es cierto que no siempre la depresión aparece con esos caracteres endógenos de falta de motivos que hemos descrito. A veces el paciente nos narra una serie de acontecimientos negativos que justifican por sí mismos su profunda tristeza. En este caso no podemos pensar que se trate de una depresión endógena como quieren muchos psiquiatras. Se trata de una auténtica depresión reactiva. La capacidad que tiene una persona de responder depresivamente a los acontecimientos negativos depende, indudablemente, de su personalidad previa. Nosotros creemos que cualquier ser humano en circunstancias extremas puede responder con una depresión.

Como dice un aforismo: el que no se pierde por nada, es que no tiene nada que perder. La posibilidad de deprimirse es el resultado lógico de llevar una vida humana con intereses propios.

La tristeza del depresivo se identifica respecto de la tristeza normal en que está mucho más corporalizada. En una tristeza vital. El paciente se siente cansado, sin ganas de nada.

deshecho físicamente. Si le preguntamos dónde localiza su tristeza, se señala incluso alguna parte de su organismo: el corazón, el pecho, el estómago, u otra. El carácter somatizado de la tristeza del depresivo hizo que la depresión se considerase como una alternativa de los sentimientos vitales, que para muchos autores no son otra cosa que la expresión de una disfunción somática pánica y de carácter ciclotímico tendrían una especial disposición a enfermar de depresiones.

La investigación psicoanalítica llega a la conclusión que la depresión considerada endógena, lo mismo que el duelo normal, es la tristeza por la pérdida del objeto amado.⁷ En el duelo normal se conoce el objeto amoroso perdido, en la depresión se desconoce, porque es un objeto amoroso infantil e inconsciente. Freud, en su trabajo la aflicción y la melancolía, dice que la depresión no es otra cosa que el duelo por la pérdida de un objeto libidinoso, y tiene una finalidad reparatoria. Cuando alguien pierde un objeto amoroso tiene que verse obligado a destruir toda la representación interna de este objeto para poder desplazar la libido a un objeto nuevo. Es un proceso análogo al que tiene lugar en el duelo normal. El deprimido está triste por el dolor que le supone la pérdida del objeto amado. Sus autoreproches son un intento de autodestrucción de la representación interior de este objeto amado. Freud vió con sorpresa que los autorreproches de los depresivos no se correspondían con los

⁷ Monedero, Carmelo. Psicopatología General, segunda edición, Madrid, Biblioteca nueva. 160 p.

defectos que ellos realmente tenían, sino con los defectos que tenía el objeto amado perdido. El autorreproche es más bien una agresión al objeto amoroso - a su representación interior con el intento de verse libre de él y poder dirigir su potencial libidinoso a un nuevo objeto. Este mecanismo de liberación que representa la depresión estaría en la línea de la aptitud que suele adoptar muchas personas cuando han perdido un objeto amoroso consciente, que consiste en desprestigiarlo y acentuar agresivamente todos sus defectos. Es la actitud del amante frustrado.

Caruso señalaba agudamente que cuando dos personas que se quieren se separan por causas ajenas a su voluntad, es frecuente que en sus sueños se presente una y otra vez la muerte de la persona amada. Parecería que la fantasía del durmiente debería tender a unirse con la amada, como sucede en las novelas. Lo cierto es que el durmiente, para defenderse de la angustia que le supone verse separado de la persona amada, prefiere matarla y liberarse de ella.

Melannie Klein piensa que la depresión es una regresión a la posición depresiva que tiene lugar en la segunda mitad del primer año. El niño se ve obligado a aceptar que existe una única madre que frustra y gratifica, y se deprime por tener que renunciar al objeto amoroso idealizado. Cuando el niño, por su envidia y agresión, se considera el causante de la destrucción de la madre, se deprime profundamente. Con su agresión y su envidia ha destruido a la madre y, por lo tanto, se ha impedido él mismo una

buena relación con ella. Es la misma vivencia del adulto deprimido. Con su comportamiento destructor y envidioso destruye los objetos amorosos, que, en su regresión, no son otros que la madre, y se siente extraordinariamente triste y culpable de su comportamiento. Su tristeza es extremada, porque ha perdido el objeto amoroso por excelencia, sin el cual la vida ya no tiene sentido. Sentirse triste y culpable es hacerse cargo de sus sentimientos de envidia y destrucción y, por lo tanto, un mecanismo reparatorio del objeto dañado. La depresión posibilita, una vez aceptada la propia culpa, la relación gratificante con el objeto amoroso. Cuando la culpa es extremadamente intensa, el mecanismo reparatorio no culmina exitosamente y el paciente se suicida.⁸ El suicidio es algo a lo que apunta siempre la depresión. San Martín dice que este suicidio se lleva a cabo independientemente de las ideas morales o religiosas del paciente. Nosotros podemos añadir que precisamente estas fuerzas superyoicas son precisamente las promotoras de la autoagresión. La pérdida del objeto amoroso no tiene que ser necesariamente la madre, puede ser cualquier otro objeto bueno, como el pene. La pérdida del pene también puede ser, en la fantasía, causa de depresión.

Si la pérdida del objeto amoroso es algo tan masivo, tan angustioso y primitivo, no es de extrañar que los pacientes deprimidos repriman celosamente toda esta temática y se limiten a vivir únicamente sus consecuencias emocionales. Además, la regresión a la segunda mitad del primer año supone una regresión a

⁸ Monedero, Carmelo. etc. al., op. cit. 160 p.

la fase del desarrollo libidinoso, en la cual aún no existía el lenguaje y las vivencias eran difícilmente verbalizables. No se trata de una tristeza sin causa, sino que los pacientes la presentan y la viven así. La misión del psicólogo es encontrar la causa de la tristeza allí donde resulta inoparente. También en los casos en que encontramos una causa que justifique la depresión, la verdadera causa profunda inconsciente suele quedar reprimida.

El hecho que la tristeza del deprimido se viva corporalizada puede comprenderse si tenemos en cuenta que el objeto amoroso perdido es algo extremadamente profundo y se corresponde con una época de su vida en la cual la pérdida del objeto ponía en peligro su propia corporabilidad, puesto que el yo aún no estaba adecuadamente desarrollado. Además debemos tener en cuenta que cuando a una emoción le quitamos la representación mental que la desencadena, a lo único que podemos asistir es a las manifestaciones corporales consecuentes. Todo esto parece hacernos comprensible el hecho de que muchos psiquiatras, ingenuamente, hablen de depresión o tristeza vital como algo último e inderivable.

En la infancia las depresiones no son excesivamente frecuentes, aunque pueden darse. El niño deprimido se manifiesta pasivo, con pocas ganas de jugar, de expresión triste y tiene por ello profundos sentimientos de culpa. Es muy frecuente que los niños somaticen su depresión y presenten toda una serie de síntomas psicósomáticos equivalentes.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL

PSYCHOPHYSIOLOGICAL

En la adolescencia la depresión suele adquirir el aspecto de la melancolía típica. Con la aparición de las pulsiones genitales violentas en la pubertad, el adolescente se dirige al sexo contrario con la ilusión de reencontrar a la madre idealizada. En su relación con las chicas de su edad se da cuenta de que no son ese objeto idealizado perfectamente bueno, sino que son objetos que frustran y gratifican. En síntesis: que son objetos reales. La depresión y melancolía del adolescente es una repetición, la última quizá, de tener que aceptar un objeto amoroso que no se adapta a todos sus deseos. Hablamos en estos casos de las depresiones provocadas por el fracaso del primer amor. Si el adolescente evoluciona bien, terminará aceptando un objeto amoroso real y tendrá una relación madura con él.

En la edad adulta la mayor proporción de depresiones se dan en la década de los cuarenta y de los cincuenta. Son las depresiones típicas que hemos descrito. En la involución la depresión tiene unos caracteres especiales: tanto que se habla para referirse a ellas de depresiones involutivas. Se diferencian de las anteriores por la extraordinaria carga angustiosa que tienen. A veces es mucho más llamativa la angustia que la depresión. Los pacientes se manifiestan inquietos, como temiendo un gran peligro. Esta angustia de la involución está muy relacionada con el temor a la muerte, que son una forma de elaborar la pérdida del objeto amoroso.

De todo lo que llevamos dicho en relación a la depresión se deduce que existen depresiones preferentemente endógenas y otras preferentemente reactivas. Las depresiones endógenas son aquellas que se dan en individuos que presentan fijaciones, en un sentido muy general, a la posición depresiva. Las depresiones reactivas son la consecuencia de una serie de vivencias extremadamente penosas que terminan por regresar al individuo a su posición depresiva infantil, que, como sabemos, es un momento determinado de todo desarrollo psicológico.

La interpretación psicoanalítica psicogenética no impide que se le pueda dar un papel importante a la constitución psicológica, e incluso a ciertos factores físico-químicos. ya dijimos que los estudios sobre la herencia demuestran una incidencia mayor de la enfermedad en ciertas familias y que se presenta preferentemente en los pícnicos, al menos con sus caracteres típicos. La investigación bioquímica ha puesto de manifiesto alteraciones en los pacientes depresivos, aunque aún está por determinar si estamos estudiando las causas de la depresión o sus consecuencias, como en su momento también ocurrió con la emoción.

La investigación fenomenológica de los pacientes deprimidos puso especial interés en la descripción de la temporalidad. Straus, Gebattel y Binswanger, entre otros, se han ocupado de este tema. La vida sería un llegar a ser, y el paciente deprimido vería con tristeza y angustia cómo el futuro no tiene ya nada que ofrecerle. En esa tesitura el futuro se presenta vacío y sólo como un paso hacia la muerte que le aterroriza. Esta alteración de la

conciencia del tiempo, según Gebattel, serviría de base para la elaboración de otras manifestaciones psicopatológicas tendentes a liberar al paciente de su angustiosa situación. El depresivo vive anclado en el pasado, lo que sería un intento por modificarlo. Nos cuenta el caso de una señora que dejó que su marido tomase un tren que descarriló y le produjo la muerte. Su depresión no era otra cosa que el intento de modificar una situación ya acontecida. "Si yo hubiera impedido que mi marido tomase el tren..." Este intento de replantear la situación primitiva, para que hubiese tenido otro desenlace, la lleva a estar fijada en el pasado. Su culpa es que ella hubiese podido modificar las circunstancias anteriores, y no quiere aceptar que ocurrieren de ese modo. En realidad todas estas investigaciones descriptivas hacen aún referencia al tiempo vivido, y, por lo tanto, no se liberan totalmente de los prejuicios introspectivos.

En todo paciente depresivo hacen acto de presencia los sentimiento de despersonalización. Ellos sienten que han cambiado, se sienten vacíos, sin sentimientos, y les cuesta reconocerse a sí mismos. El suicidio es también una forma de no querer aceptar esa nueva personalidad que se les aparece. La despersonalización, naturalmente, es el resultado de integrar en su conciencia procesos que hasta el momento habían sido reprimidos en el inconsciente. Se diferencia de la despersonalización del esquizofrénico en que el depresivo considera que el que ha cambiado es él mismo. El mundo sigue siendo el mismo. Con el cambio que ha experimentado, su vida en el mundo se hace extraordinariamente difícil.

El retraso no es una enfermedad, sino un síndrome complejo como resultado de una amplia variedad de condiciones que incluye no sólo trastornos del Sistema Nervioso Central, sino aquellos derivados de la esfera social psicológica.

El Retraso Mental, producto de la incapacidad que tiene de adquirir y retener conocimiento. Si el defecto mental es leve, el niño puede desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante un período preescolar de (0 a 5 años).

Es en ésta etapa cuando la adaptación social se vuelve importante y sirve como limitante social. En relación al adulto, el niño presenta en esta etapa, poca facilidad de comprensión para recordar, por lo que no puede adquirir información con facilidad limita el desenvolvimiento social, entre padres, maestros, amigos de su misma edad.

Cabe mencionar que el Retraso Mental, a de poseer defecto intelectual, manifiesta otras alteraciones como deficiencia para observar las cosas con amplitud, profundidad, deficiencia para comparar, planear y discriminar etc..

Clasificación del Retraso Mental, la clasificación Americana de Deficiencia Mental, manifiesta varias razones y propósitos en el desarrollo de un sistema de Retraso Mental: Establecer objetivación de grupos de casos estadísticos, permite la clasificación de datos de incidencia y prevalencia, aparta detalles de las características e información necesaria para conocer y comprender el Retraso Mental de acuerdo al nivel en que se encuentra.

Permite el sistema de clasificación de los retrasados mentales, hace posible incrementar la comunicación en trabajos de investigación. El Retraso Mental en su clasificación hace necesario tomar en cuenta el nivel intelectual, conducta de adaptación al medio familiar y social.

Existen dos aspectos importantes en su clasificación Medición de la Inteligencia, Medición de la Conducta Adaptativa.

A través de pruebas de inteligencia que sean estandarizadas se puede medir el funcionamiento intelectual.

El Retraso Mental permite la separación en cinco niveles los cuales dan en términos de unidades de desviación Standard. Esta clasificación la presenta la Asociación Americana de Deficiencia Mental 1984:

Clasificación C.I.

Grave C.I de	0 a 25
Severos	25 a 36
Moderado	37 a 51
Leve	52 a 68
Normal o Torpe o Fronterizo	más de 68.

Niveles de Conducta Adaptativo

Según la Asociación Americana de Deficiencia Mental, existen estos cinco niveles en forma cualitativa.

Fronterizo: Puede comportarse de una forma casi normal, aunque seguramente se verán interrumpidas sus actividades de aprendizaje y adaptación, puede mantenerse en forma independiente.

Leve: Aprenden conocimientos académicos básicos, pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación, mientras que el adulto puede mantenerse independientemente en la comunidad.

Moderado: Los niños este nivel, puede aprender a comunicarse pero manifiesta poca conciencia social, académica y vocacionales limitados.

Severos: En este nivel necesitan supervisión estrecha y constante, poco desarrollo motor, capacidad mínima capacidad de funcionamiento sensorio-motriz; estas personas generalmente tienen impedimentos que les hace necesitar supervisión total a lo largo de toda la vida.

Una persona que tiene Retraso Mental, va a tener limitaciones para funcionar con normalidad en la vida. Cuando más severo sea el grado de retraso mental, más problemas de adaptación se presentan en más áreas del comportamiento humano.³

Sloan y Birch 1985-1986 presentan la siguiente clasificación:

Leve: Con una conocimiento intelectual de 52 a 67, se encuentran en el nivel entrenable alto.

³ García de Zelaya Beatriz, Retraso Mental, ASIES UNESCO Guatemala, 1995 18 pp.

- Severo Moderado:** Con un conocimiento intelectual de 36 a 51, se encuentra en el nivel entrenable alto.
- Grave:** Con un conocimiento intelectual de 20 a 35, se encuentra en el nivel entrenable bajo.
- Profundo:** Con un conocimiento intelectual de 0 a 20, se encuentra en un nivel preentrenable.
- Factor social:** El niño se desarrolla psicobiosocialmente de acuerdo a la carga emocional que le sepa proporcionar gradualmente y la forma adecuada su núcleo primario es decir la familia.

Problema de los niños con retraso mental no puede ser comprendidos sino se analiza el rechazo del medio en que se desenvuelve.

El niño con retraso mental moderado o severo debe crecer con una estabilidad emocional, carecer de factores más elementales como las necesidades primarias, la falta muchas veces de la integración familiar, permite muchas veces que a menudo sean abandonados parcial o totalmente y cuidan de ellos una variedad de personas además de la madre: ya que ésta por lo general no permanecen en casa, debido a las obligaciones laborales, el hecho que existen varias personas encargadas en la crianza, dan lugar a la falta de formación de los vínculos humanos e interpersonales que son tan vitales para el desarrollo de la personalidad futura y de la interacción social.

La Familia del Retrasado Mental

Los padres de niños retrasados la mayoría no tienen el conocimiento de las habilidades que se requieren para entrenar adecuadamente a sus hijos.

Es importante dado que, la familia y el niño mantienen afectos recíprocos entre sí y cualquier cambio redundará negativamente o positivamente en ellos. Generalmente la problemática familiar resulta de la presencia del niño con retraso mental y la incapacidad de los padres para trabajar con ello. Trae consecuencia que los padres utilizan maniobras defensivas algunas de las más comunes son las que a continuación se describen.

La negación, negar la realidad de los hechos para protegerse contra la ansiedad. Generalmente los padres se niegan a entender y comprender el problema del niño consultando a otros profesionales en busca de un diagnóstico diferente. El aislamiento de los padres va acompañado normalmente de sentimientos de culpa, y parece existir sin ningún componente afectivo hacia el niño; por ello es corriente que ambos padres trabajen para evitar enfrentar el problema.

Desplazamiento, en este caso los padres al ver que su hijo no va a llegar a nivel de inteligencia de otros niños, entonces hace un reemplazo por ejemplo; el de hacer destacar a otros hijos no retrasados mentales, en sus estudios.

La represión, que podría definirse como un olvido inconsciente de lo que el individuo usa, es su energía defensiva para mantener a este material fuera del plano consciente, y así podríamos

continuar enumerando otras pautas defensivas; pero lo relevante es que todos son intentos básicos para escapar de una situación conflictiva, en este caso que se genera con la presencia de un niño con retraso mental en el núcleo familiar, consiguiendo de esta manera, sobre llevar toda la responsabilidad que representa. Los factores que contribuyen en los conflictos y frustraciones de los padres son desde su personalidad, pasando por los factores económicos y sociales, la falta de asistencia especializada, el desconocimiento del problema, etc. Pero cuanto más maduros y flexibles sean los padres mayores posibilidades tendrán de enfrentarse al problema.

A muchas de éstas causas los problemas psicológicos y sociales la presión de los prejuicios y la discriminación de que son objeto y alto grado en que se les excluye de la relación social normal.¹⁶

Año Internacional del niño 1979 Los niños abandonados Secretaría A.I.E. Palaisdes Nation, Ch. 1211 Geneve lo Suisse págs. 7,13, 43.

El niño es una de las funciones más importante y trascendentales en la vida, lo constituye la fecundación sin embargo. No todos los niños que vienen al mundo nacen y crecen en un ambiente de aceptación y afecto, con los medios básicos de subsistencia, elementos que todo niño sin excepción debe tener y ser él la vida involuntaria desde su inició un martirio y cuando éste se desarrolle y sea adulto lleve consigo el sello de su insatisfacción y sufrida infancia, repercutiendo en su conducta altamente criticada y modificada.

¹⁶ Monedero, Carmelo et. al., op. cit 160 p.

Siendo incluso el embarazo fue deseado, puede ser que el menor en sí sea rechazado si tiene algún problema físico biológico o mental o en cualquier otra forma no satisface la esperanza de los padres o de uno de los padres; ésto da como resultado el abandono, lo cual puede ser influenciado entre otros factores, por la actitud y el nivel de apoyo de la familia.

TERAPIAS DE GRUPO

Los grupos han sido básicos para la configuración de la vida social. Dentro de un grupo se resuelven en mejor forma los problemas individuales. Los grupos han existido desde la comunidad primitiva, por lo que la existencia de la psicoterapia de grupo inconsciente universal ha existido a través de la historia.¹¹

La psicoterapia de grupo científica se inicia en el año de 1931, cuando J.L. Moreno le dio el nombre para diferenciarla de un análisis psicológico y sociológico. La psicoterapia de grupo surgió como una protesta ante la psicoterapia individual predominante de esa época.

La Psicoterapia de Grupo utiliza:

- a) Los pacientes en el marco de un grupo
- b) Un marco espacial particularmente estructurado con fines terapéuticos.

b.1 El lugar de acción psicodramática

¹¹ Jimenez Solorzano, Luis Rodolfo La psicoterapia de Grupo como tratamiento de las Reacciones Emocionales del Paciente Amputado con Sensación del Miembro Fantasma Tesis. Escuela de Ciencias Psicológicas USAC Guatemala 1989 p.63.

b.2 El Terapeuta¹²

La ciencia de los grupos terapéuticos es la sociometría. "El estudio sociométrico es el fundamento de una ciencia diagnóstica de los grupos normales y patológicos".¹³

Sus principales descubrimientos fueron:

- a. Cada grupo tiene una estructura propia de diversa cohesión
- b. Nunca hay dos grupos iguales.

"He aquí algunos de los principios diagnósticos importantes para el terapeuta de grupo:

Todo grupo tiene una base oficial y sociométrica, la estructura consciente e inconsciente del grupo.

- c. Grupos cerrados: son aquellos que iniciado el proceso de tratamiento, no aceptan el ingreso de nuevos miembros y se reúnen generalmente por un número determinado de sesiones.
- d. Grupos abiertos: Son los que mantienen un tamaño consistente: reemplazan a los miembros que van dejando el grupo. También pueden tener un tiempo predeterminado, aunque por lo general son grupos que pueden continuar indefinidamente.

Hay líderes populares, poderosos y aislados, y correlativamente hay grupos centrados en el líder, otros centrados en el grupo mismo y grupos sin líder.

¹² Ibidem 15 p.

¹³ Moreno J.L. Psicoterapia de Grupo y Psicodrama, Primera reimpresión, México: fondo de cultura económica 26 p.

Todo grupo tiene una determinada cohesión: la tarea del psicoterapeuta consiste en conducir al grupo enfermo, de un nivel inferior de cohesión a otro superior.¹⁴

La valoración terapéutica del proceso sociométrico se ha visto confirmada en la psiquiatría, en la educación, en la industria y especialmente en el ejército norteamericano.¹⁵

La verdadera psicoterapia de grupo consiste en sesiones en que participan tres o más personas para resolver problemas comunes. Se dan:

- a. Grupos naturales (Una familia, las personas se conocen mutuamente.
- b. Grupos sintéticos (Grupos de pacientes, extraños unos a otros).

En los grupos sintéticos la sociometría ayudará a seleccionar los pacientes para configurar grupos constantes.

El grupo necesita de un andamiaje abstracto y de un espacio concreto en el que se desarrollan libremente las interacciones de los pacientes; éstos deberán sentarse conjuntamente con el terapeuta en círculo sobre sillas o en el suelo. En esta psicoterapia los pacientes pueden ser co-terapeutas o agentes terapéuticos por medio de la interacción, la cual es llamada principio de la interacción, la cual es llamada principio de la interacción terapéutica.¹⁶

¹⁴ Jiménez Luis, op.cit. 16 p.

¹⁵ Ibidem. 26 p.

¹⁶ Ibidem p.16

Otro principio es el de la espontaneidad, es decir, la libre participación de todos los miembros del grupo, la cual se debe dar por razones terapéuticas y por motivos de diagnóstico.

En el grupo hay un carácter directo e inmediato de interacción dentro de la realidad: las situaciones reales del paciente y las de los otros individuos. La igualdad de status de todos los miembros del grupo es exigencia absolutamente necesaria. El grupo tiene su propia estructura social.¹⁷ La transferencia del psicoanálisis es el "encuentro" entre los miembros del grupo, el "tele" real dinámico. El tele es la relación elemental de un individuo con otros individuos y objetos. Es conocer la situación real de otras personas.

El terapeuta de grupo debe tener una actitud abierta y resistir todas las agresiones de los integrantes del grupo, sin embargo, es el centro del grupo y debe desarrollar la personalidad del grupo.

"Psicoterapia de grupo es un método para tratar conscientemente y en el marco de una ciencia empírica las relaciones interpersonales y los problemas psíquicos de los individuos de un grupo".¹⁸

¹⁷ Ibidem. 17 p.

¹⁸ Monedero , Carmelo et. al., op.cit 160 p.

FACTORES DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO:

- "La Psicoterapia de Grupo es una metodología clínica desarrollada:
 - Consciente y
 - Sistemáticamente
- Emprende el tratamiento de varios individuos dentro de un grupo.
- Consiste en el tratamiento de los problemas Psíquicos y sociales de los miembros del grupo; de sus dolencias somáticas sólo se ocupa en la medida que son psicógenas.
- Es un método fundado en investigaciones empíricas y que se practica en un marco empírico".¹⁹

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO:

Todo individuo que pertenece al grupo es agente terapéutico con respecto a otro individuo, y todo grupo con respecto a otro grupo. La psicoterapia de grupo reagrupa a los miembros del grupo en torno a las motivaciones e inclinaciones de los mismos.

La psicoterapia de grupo no trata al individuo aislado que se ha convertido en foco de atención, sino a todos los demás integrantes del grupo que están en relación con él.

Al paciente debe vérselo dentro de la sociedad humana total.

La terapia de grupo se da cuando los efectos terapéuticos son secundarios y se puede dar en cualquier medio social.

¹⁹ Jiménez , Luis, op. cit. 15 p.

La Psicoterapia de grupo por el contrario, se da sólo cuando el objetivo único sea la salud psicoterapéutica del grupo y de sus miembros. Debe ser científica: Análisis, diagnóstico y pronóstico.²⁰

Dentro de la dinámica de la psicoterapia de Grupo, la palabra "encuentro es clave". Abarca sectores vitales del ser humano: significa comunicación mutua, el ver sentir, el tocarse, el estar uno con el otro, los gestos, los abrazos y los besos. Sin embargo el encuentro puede ser negativo, hostil.

El encuentro entre dos o más personas es experimentarse unas a otras en la totalidad de su ser, no está limitado al contacto. Los participantes están allí por propia voluntad. El encuentro no está preparado, se da en el instante, en el aquí y ahora, Es tele.

La Psicoterapia de Grupo se pone en práctica en situaciones reales, en un proceso curativo promovido por las fuerzas inminentes al grupos mismo. Ofrece también ventajas económicas porque se trata a varios individuos en forma simultánea.

La Psicoterapia de Grupo utiliza el método interactivo, el cual es el método más antiguo de la misma y el fundamento de todos ellos. Se caracteriza por la ayuda terapéutica recíproca de todos sus miembros es la interrelación.²¹

²⁰ Ibidem. 18 P.

²¹ Ibidem. 19 p.

"El objetivo de la Psicoterapia de Grupo es:
Promover la integración del Grupo", ²²

El Grupo Funciona:

- Como una familia en miniatura
- Como una sociedad en miniatura.

Parte importante de la Psicoterapia de grupo la constituye el Psicodrama, por medio del cual se tratan males físicos y psíquicos en forma casi del humor y de la risa. El público también hace catarsis a través de la impresión que le causa la representación.

El método interactivo es el fundamento de todos los métodos de la Psicoterapia de Grupo, siendo su característica principal la ayuda recíproca, terapéutica, de todos los miembros.

Esta interacción libre y espontánea se va a dar:

- Entre los pacientes
- Entre los pacientes y el terapeuta; y
- Entre los terapeutas.

Los auxiliares terapéuticos del grupo son:

- El terapeuta principal
- El terapeuta auxiliar profesional o yo auxiliar; y
- El paciente mismo como terapeuta auxiliar .²³

²² Ibidem.

²³ Ibidem. 20 p.

De acuerdo a la interrelación que va a haber entre los auxiliares terapéuticos, en la Psicoterapia de Grupo se da:

- La catarsis de grupo, y
- La catarsis de acción.

La catarsis de grupo se da a través de la integración y de la interrelación benéfica entre los miembros del mismo. La catarsis de acción se da como resultado de las acciones espontáneas de uno o varios miembros del grupo.

No existe un número exacto para componer un grupo, sin embargo, se recomienda como tamaño ideal siete miembros, con un margen entre cinco y diez miembros, aunque "lo importante para la determinación del grupo es la capacidad de contacto para la determinación del grupo es la capacidad emocional que un individuo puede alcanzar con la terapia"²⁴ es decir, que pueden introducirse nuevos miembros de acuerdo a la capacidad del grupo de absolverles, sin que disminuya por esto la productividad terapéutica del mismo, y siempre y cuando el grupo haya sido declarado abierto.²⁵

El terapeuta tiene una función muy especial dentro del grupo: La productividad terapéutica y la estabilidad del grupo. Debe tener experiencia con grupos y tener una sensibilidad para establecer el tele especialmente elevada.

²⁴ Moreno J. L. Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. Primera Reimpresión, México, Fondo de Cultura Económica. 86 p.

²⁵ Ibidem. 21 p.

El terapeuta debe crear y estructurar el grupo, así como activar e iluminar el "aquí y ahora".

Al activar el aquí y ahora, el terapeuta guía al grupo hacia sí mismo y enfoca sus energías en relación interpersonal, tarea que más adelante va a ser compartida por los miembros del grupo con el terapeuta. El pasado sólo se utilizará en función del presente para comprender los patrones repetitivos que surgen en las interacciones. El terapeuta es quien debe iluminar el proceso, el cual se refiere al contenido de la comunicación con respecto a la naturaleza de la relación entre dos personas. Es el terapeuta el que conserva información, el que hace observaciones con respecto a las secuencias o patrones cíclicos del grupo; es el historiador del grupo y a quien se le permite usar la temporalidad para conectar las metas de los pacientes con los hechos que ocurren dentro del grupo.²⁶

Al iluminar el proceso el terapeuta guía al grupo a la experiencia del aquí y ahora, y le ayuda a comprender el proceso de lo que ha ocurrido, pero es el terapeuta el encargado de reconocer el proceso: observa el proceso subyacente al contenido de la discusión, debe escuchar el comentario del paciente y comprender lo que quiso dar a entender.

El terapeuta también es miembro del grupo, pudiendo por lo tanto en ocasiones, discutirse sus problemas personales, por lo que por desempeñar dos papeles se vuelve la persona más vulnerable del grupo.

²⁶ Ibidem. 21 p.

Algunos pacientes ingresan al grupo con la expectativa que el terapeuta sea su héroe-salvador, pero el terapeuta solo es un hombre y no debe olvidarse de su humanidad.

La psicoterapia de grupo se caracteriza porque sus miembros actúan espontáneamente, tratan de conocerse más íntimamente y tienden al contacto físico, lo cual se evidencia en su comportamiento motor; sentarse uno al lado del otro, levantarse y caminar hacia otros miembros en el ámbito de la psicoterapia, y a menudo continúan fuera de las sesiones los contactos y las relaciones. Esta necesidad de interactuar se encuadra dentro del procedimiento terapéutico llamado Psicodrama.²⁷

Entonces, los fundamentos de la Psicoterapia de grupo son:

- a) La interrelación espontánea entre los miembros del grupo, apoyada por el terapeuta.
- b) El principio de la acción, al vincular el psicodrama con la Psicoterapia de Grupo: el actuar terapéutico en un medio controlado contra el actuar irracional de la vida misma.
- El principio de la acción, al vincular el psicodrama con la Psicoterapia de Grupo: el actuar terapéutico en un medio controlado contra el actuar irracional de la vida misma.

²⁷ Ibidem. 22 p.

La Psicoterapia de Grupo ha evolucionado del individuo al grupo, es decir que se convierte en el nuevo sujeto de la terapia. Así mismo, ha evolucionado, cuando el grupo se fragmenta en sus pequeños terapeutas individuales y el terapeuta jefe se convierte en una parte del grupo.

La Psicoterapia de Grupo se compone de:

- "El sujeto: los participantes individuales del grupo o el grupo como un todo;
- Los Agentes: son las fuerzas actuantes que constituyen el fundamento de la terapia, por ejemplo, la creatividad, la espontaneidad, el tele, las figuras autoritarias, etc.
- El Médium: son los medios a través de los cuales influyen los agentes sobre los sujetos de la terapia: lecciones, discursos, danza, música, filmes, etc."¹⁸

¹⁸ Moreno J. L. Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. Et. Al. , Op Cit. 86 p.

Hipótesis de Investigación

El rechazo es un factor que acompaña el apareamiento de rasgos depresivos en padres de niños con retraso mental moderado y severo, el cual puede mejorar a través de su integración a un grupo terapéutico.

HIPOTESIS NULA:

No existe rechazo en los padres de familia hacia sus hijos con retraso mental moderado o severo, ni este acompaña el apareamiento de rasgos depresivos; por lo que no mejorará el problema, integrándolos a un grupo terapéutico para disminuir el rechazo.

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 TECNICAS

La investigación se realizó en el Colegio Niño de Praga utilizando un salón del Colegio para llevar a cabo la Terapia Grupal con los padres de Familia.

La población general en estudio fueron los padres de familia de los niños con retraso mental moderado o severo.

2.1.1. TECNICAS DE MUESTREO :

De esta población se tomó una muestra no aleatoria intencional o de juicio de 15 pacientes padre o madre. Tomando en consideración los siguientes criterios.

Estar el niño inscrito en el Colegio Niño de Praga.

Que tuviera o no conocimiento del problema del niño el papá o la mamá.

No dificultando si fuera solamente el papá o la mamá que asistieran a las sesiones.

2.1.2 Observación : Esta se llevó a cabo con la finalidad de detectar en los padres de familia, conductas que nos permitieron inferir una actitud de rechazo hacia sus hijos con retraso mental moderado o severo. Dicha observación se llevó cabo mientras los niños son llevados o recogidos en el Colegio. Así mismo durante las reuniones que se tuvieron con los padres de los niños, sesiones de trabajo o celebraciones.

2.2. INSTRUMENTO;

Por medio de la encuesta de Opinión, pudimos medir la aceptación o rechazo que tienen los padres de familia hacia sus hijos con retraso mental moderado o severo.

La Administración del Test de Zung.

Esta prueba psicodiagnóstica fue administrada, con la finalidad de determinar los niveles de depresión que presentan los padres de familia de los niños con retraso mental moderado o severo, y poder asociarlo entonces con la presencia de rechazo.

La correlación de los resultados obtenidos por éstas técnicas, nos permitieron determinar si existía relación entre la presencia del rechazo y el apareamiento de rasgos depresivos en la población objeto de estudio.

CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

En muchas de las instituciones que se dedican a la atención de niños y jóvenes discapacitados con Retraso Mental Moderado o Severo, prevalece un número considerable de padres de familia, que manifiestan sentimientos de desesperanza y frustración por la salud de sus hijos.

Constituyéndose dichos sentimientos en rasgos o síntomas depresivos; producto de la incapacidad sentida, así como la culpa de no brindar el apoyo y la ayuda a sus hijos.

El propósito del estudio fue comprobar si el rechazo de los padres ante tal situación era un factor predisponente a que ellos sufrieran de cuadros depresivos que intervinieran en el desarrollo, recuperación y adaptación de los niños a su medio externo. Así mismo, fue intención nuestra verificar si estos sentimientos modificaban, al ser los padres involucrados a un proceso psicoterapéutico grupal, en donde se les orientara sobre los sentimientos de culpabilidad y frustración, que, la mayoría de las veces, son dirigidos hacia los niños e inclusive, a ellos mismos.

El presente estudio se efectuó en el Colegio Niño de Praga, institución educativa privada, en donde asisten niños y jóvenes con discapacidad y retraso mental moderado o severo.

Se obtuvo una muestra aleatoria simple de 15 padres de familia (madre o padre) quienes tienen inscritos a sus hijos en dicha institución.

Como primer paso de este estudio, se efectuó una sesión informativa al personal docente y padres, con respecto a los objetivos de la investigación, logrando la aceptación y colaboración de los docentes y de los integrantes del grupo de padres de familia asistentes.

En la segunda sesión se entrevistó a cada padre de familia encargado directamente del niño. Se abordó la problemática específica, se estableció (Rapport) y evidenciamos momentos de catarsis de los padres. Se trabajó acerca de las posibles soluciones a los problemas personales y familiares. Se evaluó a los padres con la prueba de Zung para medir el grado de síntomas depresivos, que en ese momento los afligían.

Logramos darnos cuenta de la profunda necesidad de apoyo y ayuda profesional, en el grupo de estudio.

Estas sesiones se prolongaron por espacio de un mes y se cerraron con una refacción para poder compartir con ellos.

Se obtuvo a través de estas sesiones, que el padre o madre, se dieran cuenta de la dimensión de la problemática de su hijo, dentro y fuera de su ambiente familiar.

Así mismo, los padres aclararon dudas respecto al retraso mental de sus hijos.

El siguiente paso fue la psicoterapia grupal. Las sesiones se establecieron los días sábados, con una duración de una hora treinta minutos; el total fue de ocho sesiones.

Los padres plantearon los problemas de los niños, así como la limitación económica y las preocupaciones existenciales de ser

ellos los únicos encargados de los niños y el temor del futuro de éstos, al fallecer ellos .

El Test de Zung reflejó que el 80 % (12 padres) de la población presentaba síntomas de depresión mínima con un rango de (50-59 puntos). El 6.67% (1 padre de familia) presentó 70 o más puntos correspondiendo a síntomas de un cuadro depresivo severo y el 13.33% (2 padres de familia) se ubicaron en un cuadro depresivo moderado.

Durante las sesiones grupales se hizo énfasis en atención a aquellos padres con los resultados obtenidos de la prueba de Zung donde, aplicamos la metodología clínica de psicoterapia de grupo, utilizada para tratar conscientemente y en el marco de la ciencia empírica, las relaciones interpersonales y problemas psíquicos de del grupo en estudio (15 padres de familia), a través de la espontaneidad, es decir, la libre participación de todos y cada uno de los integrantes del grupo, que por razones terapéuticas y diagnóstica individual, necesitaban de la cohesión y relación elemental de los demás.

Se promovió la comunicación mutua, la integración y así la salud psicoterapéutica de grupo e individual.

Como fundamento de la psicoterapia de grupo se utilizó el método interactivo, cuya característica es la ayuda recíproca, terapéutica, siendo esta libre y espontánea entre los elementos que conforman el grupo de 15 padres de familia y el terapeuta, con lo que se obtuvo la catarsis grupal (reconocimiento de la problemática depresiva, sentimientos de frustración, culpa y rechazo), así como

la catarsis de acción (forma en que cada miembro fue razonando su recuperación y la solución de sus problemas, apoyado por los otros integrantes del grupo).

Después de las ocho sesiones, el porcentaje de depresión se había reducido notablemente sin necesidad de farmacoterapia, el 73.33% (11 padres) se encontraban entre valores de rango(50 puntos) de normalidad y sin patología, el 20% (3 padres) con presencia de depresión mínima y el 6.67% (1 padres)de moderada o notable. Se sugirió a estas personas continuar en psicoterapia individual (Ver gráfica 1).

La evidencia de conducta rechazante hacia los niños se cuantificó con los rubros siguientes:

- a) puntualidad con la que los padres llevan al colegio a los niños o jóvenes.
- b) colaboración en las actividades del colegio
- c) asistencia del niño al colegio.
- d) higiene y arreglo del niño.

Antes de la psicoterapia grupal el 93% (14 padres) de los padres incumplían el horario del ingreso escolar, el 80% (12 padres) no colaboraba en las actividades del colegio por excusas de trabajo, siendo las sesiones los días sabados, asistencia con el niño 60% (9 padres) el 43.33% (11 padres) descuidaban la higiene y arreglo de sus hijos. Con la intervención profesional de la orientadora, se pudo reflejar un cambio favorable para la familia y el niño ya que el 100% (15 padres) logró concientizarse acerca de la puntualidad de ingreso al colegio. El 93% (14 padres) participó y colaboró en

actividades del colegio, asistencia con el niño 67% (10 padres) .Así mismo, hubo mayor preocupación del arreglo e higiene personal del niño, un 93% (14 padres). (ver gráfica # 2 y 3).

El rechazo se hizo conciente y se pudo manejar por los padres en un 80.% (12 padres) logrando la aceptación del grado de minusvalía que cada uno de sus hijos tienen.

La depresión en un 73.33% (11 padres) mejoró, con lo cual se evidenció la necesidad de continuar con ayuda psicoterapéutica en este grupo de padres de familia (papá - mamá) afectados emocionalmente. Las relaciones interpersonales entre padres e hijos se enriquecieron durante y después de la psicoterapia grupal, así como el estado de ánimo, la tolerancia y la conducta hacia los niños, fue menos agresiva y frustrante.

Dentro de las recomendaciones que puedo hacer al Colegio Niño de Praga, es que el programa de psicoterapia grupal debe de continuar para seguir ayudando a los niños y padres de familia y así lograr salud mental tanto del grupo familiar como la del niño discapacitado. Por lo expuesto anteriormente, puedo concluir que se acepta la hipótesis de investigación " El rechazo es un factor que acompaña el apareamiento de rasgos depresivos en padres de niños con retraso mental moderado y severo. "

Estos resultados llevaron a concluir que en efecto el rechazo inconciente de los padres de familia afecta el desenvolvimiento, rehabilitación y adaptación de lbs niños del Colegio Niño de Praga con retraso mental moderado o severo .

PROPIEDAD DE
BIBLIOTECA CENTRAL

CUADRO No. 1

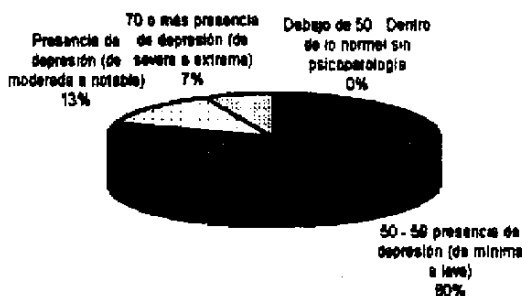
Categoría diagnósticas obtenida a través de la Administración del Test Zung antes y después de la Psicoterapia de grupo a padres de familia Colegio Niño de Praga.

CATEGORIA	ANTES		DESPUES	
Debajo de 50 dentro de lo normal sin psicopatología			11	73.33%
50-59 Presencia de depresión de mínima a leve	12	80%	3	20%
Presencia de depresión de moderada a notable	2	13.33%	1	6.67%
70 a más presencia de depresión de severo a extremo	1	6.67%		--

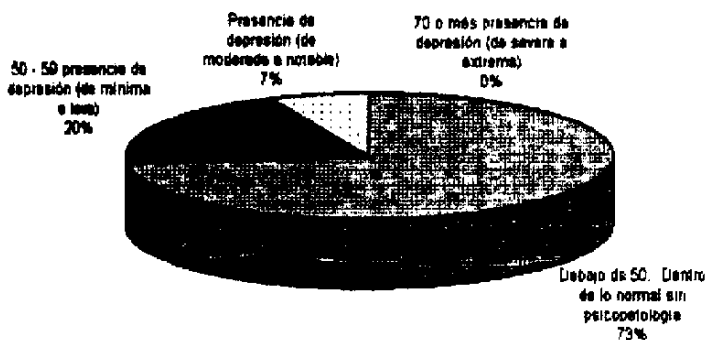
FUENTE: Resultados obtenidos a través del Test de Zung en padres de familia del Colegio Niño de Praga.

GRAFICA No. 1
Categorías diagnósticas como resultado de
la aplicación del Test Zung antes y después
de la psicoterapia de grupo a padres de
familia en el Colegio Niño de Praga

ANTES



DESPUES



FUENTE: Colegio Niño de Praga

CUADRO No. 2

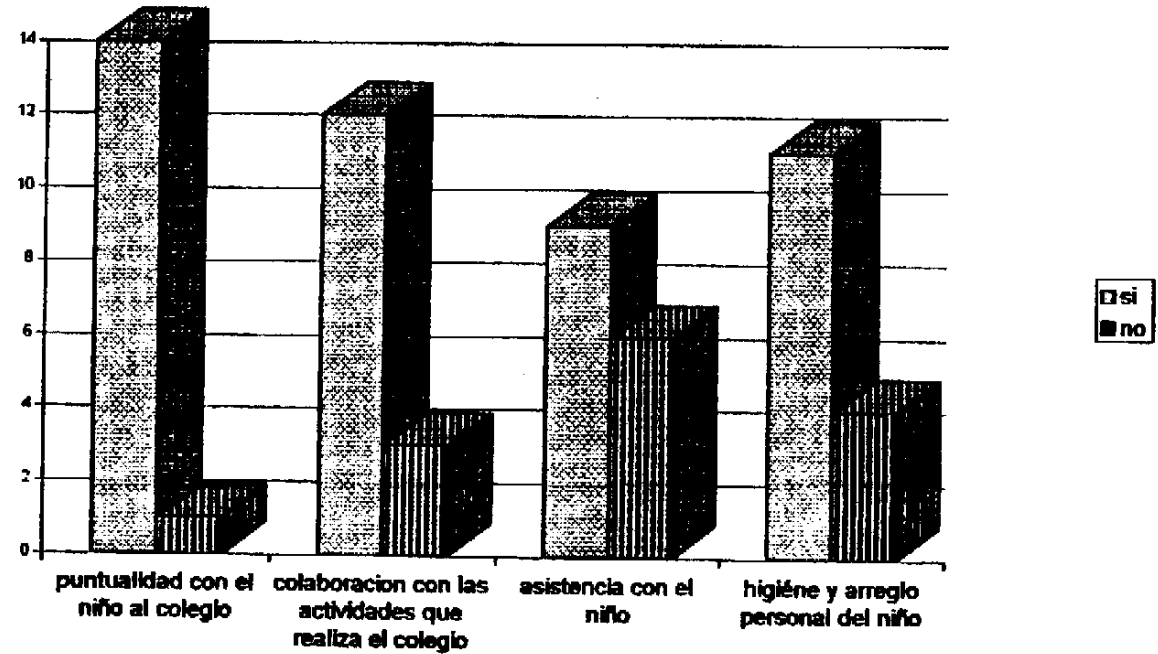
Incidencia de conductas de rechazo del padre hacia el niño antes de la aplicación de Psicoterapia de grupo a padres de familia.

CATEGORIA	SI	%	NO	%
Puntualidad con el niño al colegio	14	93%	1	7%
Colaboración con las actividades que realiza el colegio	12	80%	3	20%
Asistencia con el niño	9	60%	6	40%
Higiene y arreglo personal de niño	11	43.33	4	26.67%

FUENTE: Resultados obtenidos a través de la encuesta para medir conductas de rechazo hacia el niño en padres de familia del Colegio Niño de Praga antes de la psicoterapia.

Gráfica # 2

**INCIDENCIA DE CONDUCTAS DE RECHAZO DEL PADRE HACIA EL NIÑO
ANTES DE LA APLICACION DE PSICOTERAPIA DE GRUPO A PADRES DE
FAMILIA**



FUENTE: Colegio niño de Praga

CUADRO No. 3

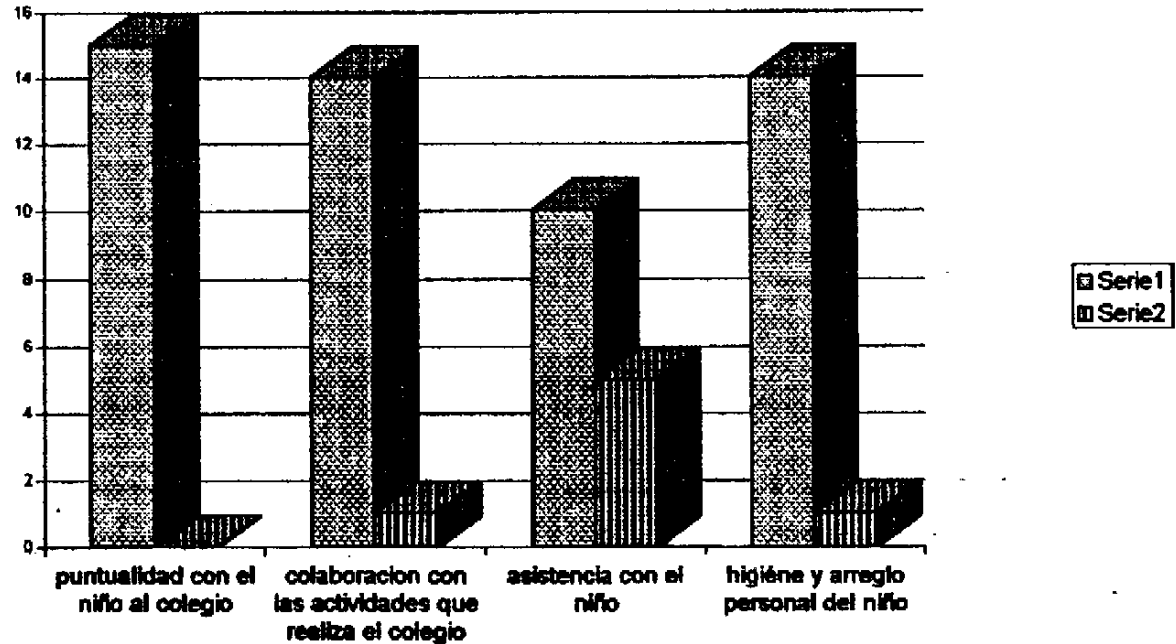
Incidencia de conductas de rechazo del padre hacia el niño después de la aplicación de Psicoterapia de grupo a padres de familia.

CATEGORIA	No.	%	SI	%
Puntualidad del niño al Colegio	15	100%		---
Colaboración con las actividades que realiza el colegio	14	93%	1	7%
Asistencia con el niño	10	67%	5	38%
Higiene y arreglo personal del niño	14	93%	1	7%

FUENTE: Resultados obtenidos a través de la encuesta para medir conductas de rechazo hacia el niño en padres de familia del Colegio Niño de Praga después de la psicoterapia.

Gráfica # 3

**INCIDENCIA DE CONDUCTAS DE RECHAZO DEL PADRE HACIA EL NIÑO
DESPUES DE LA APLICACION DE PSICOTERAPIA DE GRUPO A PADRES
DE FAMILIA**



FUENTE: Colegio niño de Praga

CAPITULO IV
CONCLUSIONES

- 1.- Se acepta la hipótesis planteada " El Rechazo es un factor que acompaña el apareamiento de rasgos depresivos en Padres de Niños con retraso Mental Moderado o Severo el cual puede mejorar a través de su integración a un grupo terapéutico."

 2. Las actitudes que presentaron los padres de familia con niños con retraso mental moderado o severo, de la muestra estudiada fueron las siguientes:
El Rechazo descendió a un cincuenta y dos por ciento .
La Depresión descendió a un setenta y tres punto treinta y tres por ciento apoyándose en el Test de Zung.

 - 3.- La interrelación de los padres de familia hacia sus hijos mejoró notablemente después de haber terminado la terapia grupal , en los aspectos emocional, estado de ánimo, conductas hacia sus hijos, tolerancia de las limitaciones del niño, puntualidad en las sesiones, dedicación en las tareas de sus hijos al colegio y arreglo personal.
-

RECOMENDACIONES

- 1.- El programa de psicoterapia de grupo establecido dentro del colegio Niño de Praga debe mantenerse e incrementarse para beneficio de los padres de familia con niños con Retraso Mental Moderado o Severo.
- 2.- Que se dé a conocer a los padres de familia la labor que realiza la clínica de psicología en cuanto a la atención que brinda a los padres de niños que nacen con retraso mental severo o moderado.
- 3.- A la clínica de psicología se recomienda que se continúe el programa de terapia grupal a los padres de los niños con retraso mental severo o moderado.
- 4.- Dentro de los programas de atención al niño con retraso mental severo o moderado, debe haber un programa de psicoterapia grupal para que sea la familia, en conjunto, la que se beneficie.
- 6.- Los padres de familia a quienes les fue aplicada la terapia grupal, manifestaron que esta fue efectiva ya que en su opinión realmente se sintieron apoyadas y tuvieron la oportunidad de expresar sus sentimientos y pensamientos.

7. La mayoría de los padres que recibieron terapia grupal manifestaron la conveniencia de continuar con este tipo de sesiones que otros padres de familia de niños críticamente enfermos, ya que la misma le favoreció en cuanto a sentirse apoyadas por las personas que viven situaciones similares.

BIBLIOGRAFIA

1. Año Internacional , del Niño 1979. Los Niños Abandonados, secretaria A.I.E. Palaisdes. Nation Ch. 1211 Geneve Lo Suisse 43 pp.
 2. Arce de Wantland, Silvia y Beatriz García de Zelalla. Retraso Mental . Primera Edición Guatemala, ASIES. 23 pp.
 3. Clarizio, Harney. Et. Al. Transtorno de la Conducta del Niño. Editorial del Manual Moderno, México 1981. 235 pp.
 4. Dorsch, Friedrich. Diccionario de Psicología. 10a. Edición, Barcelona, Editorial Herder, 1977. 1067 pp.
 5. García de Zelaya, Beatriz. Retraso Mental, ASIES UNESCO, Guatemala. 1995. 18pp.
 6. Goldman Howard, Psiquiatría General, Segunda Edición, México del Manual Moderno. 1989 358 pp.
 7. Jiménez Solorzano, Luis Rodolfo La Psicoterapia de Grupo como tratamiento de las Reacciones Emocionales del Paciente Amputado con Sensación del Miembro Fantasma Tesis, Escuela de Ciencias Psicológicas USAC Guatemala 1989 63 pp.
 7. Monedero, Carmelo. Psicopatología General. Segunda Edición, Madrid, Biblioteca Nueva. 1988 160 pp.
 8. Moreno J. L. Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. Primera Reimpresión México. Formas de la Cultura Económica. 1975 405 pp.
 9. Robert P. Ingalls. Retraso Mental La Nueva Perspectiva. México, Editorial del Manual Moderno, S.A. 1988. 54 pp.
 10. Wittig, Arno F. Introducción a la Psicología. Cuarta Edición, México, Trillas. 1986 240 pp.
-

ANEXO No. I
ENCUESTA DE OPINION

Nombre de Padre: _____

Nombre del Niño: _____

Aula # _____ Maestra: _____

1. Puntualidad con el niño al colegio si no
2. Colaboracion con las actividades que realiza el colegio.
3. Asistencia con el niño
4. Higiene y arreglo personal del niño
5. Realiza la tarea del colegio.

OBSERVACION:

VO. BO. _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____

Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes declaraciones	Nunca o Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Frecuentemente	La Mayoría del Tiempo o Siempre
1. ME SIENTO DESCORAZONADO, MELANCOLICO Y TRISTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. SIENTO DESEOS DE LLORAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ME CUESTA TRABAJO DORMIR DURANTE LA NOCHE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. COMO TANTO COMO SOLIA COMER ANTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. DISFRUTO CONVERSANDO, MIRANDO Y ESTANDO CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. MI CORAZON LATE MAS RAPIDAMENTE QUE LO NORMAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ME CANSO SIN MOTIVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ME IRRITO MAS DE LO NORMAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ENCUENTRO FACIL EL TOMAR DECISIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. SIENTO QUE ME NECESITAN Y QUE SOY UTIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. LLEVO UNA VIDA SATISFACTORIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARIAN MEJOR SI YO ESTUVIESE MUERTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. TODAVIA DISFRUTO DE LAS COSAS QUE SOLIA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© W.W.K. ZUNG, 1965, 1974, 1989, 1991 TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

INSTRUCCIONES:

Lea cada declaración cuidadosamente. Para cada declaración, marque el círculo de la columna que mejor responda a la forma como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas.

Para las declaraciones 5 y 7, si usted está en dieta, conteste como si no lo estuviera.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	7
1.1. Marco Teórico	9
II. TECNICAS E INSTRUMENTOS	
2.1 Diseño de Comprobación de Hipótesis	46
2.2. Técnica e Instrumento	47
III. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	
3.1 Presentación	49
3.2 Cuadros	54
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones	60
4.2 Recomendaciones	61
BIBLIOGRAFIA	63
ANEXO	
Anexo No.1	64
Anexo No.2	65