

161
29.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**MANEJO PSICOTERAPEUTICO DE LA DEPRESION Y ANSIEDAD
EN PAREJAS DE PADRES DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE
DISTROFIA MUSCULAR PROGRESIVA TIPO DUCHENNE.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:

CLAUDIA VERONICA RUIZ SANCHEZ



A S E S O R:

LIC. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1994



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

"Si un hombre mira con amor compasivo a sus doloridos prójimos y a causa de su amargura pregunta a los dioses: ¿por qué afligis a mis hermanos?, sin duda será mirado por Dios con más ternura que el hombre que le felicita por su misericordia y prospera feliz y solo tiene palabras de adoración que ofrecer. Porque el primero habla a causa del amor y la piedad, atributos divinos y cercanos al corazón de Dios, mientras que el segundo habla por causa de un satisfecho egoísmo, un atributo que no tiene lugar en el ambiente luminoso que rodea el espíritu de Dios".

HORACIO

A ese ser que por su grandeza, con la ayuda de Dios, ha iluminado todos mis caminos con apoyo, amor, ejemplo y fortaleza.

Gracias por siempre mamá.

Al Lic. Juan E. Chávez como muestra de agradecimiento por su cariño y apoyo de padre.

A mi esposo:

***Muchas gracias por darme tu
mano siempre firme y dispuesta,
tu paciencia y tu cariño. Este
logro es tan mío como tuyo, y
símboliza todo el amor que te
tengo.***

***A los grandes compañeros de
mis mejores momentos: mis
hermanos Alfonso, Norma,
Juan E. y Alejandra.***

***A mis sobrinos Jireh T. y Obed S.
quienes ocupan un gran espacio en
mi corazón.***

***A la familia Bríbiesca por todo
el cariño que siempre me han
demostrado. Muchas gracias.***

***A mis amigos Sergio García,
Benito Ramírez y Patricia
Regidor por sus inapreciables
muestras de afecto en todo
momento.***

***A las dos instituciones que
hicieron posible que llegara
este momento: U.N.A.M. e I.N.P.,
así como a mis asesores en este
trabajo de tesis:***

***Lic. Ma. Asunción Valenzuela
Lic. Angelica Arzate Vivar***

INDICE

	<i>Página</i>
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1. Distrofia Muscular Progresiva tipo Duchenne (D.M.D.).	7
CAPITULO 2. Manejo del paciente con D.M.D. y sus familias dentro del Instituto Nacional de Pediatría.	16
CAPITULO 3. Reacciones emocionales en la pareja derivadas de un padecimiento de tipo crónico en sus hijos.	23
CAPITULO 4. Modelos de intervención psicoterapéutica: del psicoanálisis a la psicoterapia breve.	28
CAPITULO 5. Método	64
DISCUSION Y CONCLUSIONES	93
LIMITACIONES	99
SUGERENCIAS	100
ANEXO A	101
ANEXO B	105
BIBLIOGRAFIA	110

INTRODUCCION

Durante el tiempo de permanencia en el Instituto Nacional de Pediatría (I.N.P.) en la realización del servicio social, fue de gran interés un grupo especial de pacientes: los niños con Distrofia Muscular Progresiva tipo Duchenne (D.M.D.).

Se trata de un padecimiento de origen genético que se caracteriza por la destrucción sistemática de masas musculares, con la consecuente pérdida de las funciones motrices.

Para este tipo de pacientes no existe tratamiento alguno que ayude a detener la progresión de la enfermedad, por lo que en la etapa de la adolescencia sobreviene la muerte. Ante el diagnóstico de estos niños, se puede percibir que se genera una crisis en los padres, la evidencia de la muerte de sus hijos a temprana edad provoca, a su vez, la necesidad de que se les proporcione ayuda de manera oportuna.

En anteriores investigaciones se ha hablado del impacto que provoca en las parejas el conocimiento de un diagnóstico limitante o de muerte que presentan sus hijos.

Con respecto al apartado anterior, Gando, Hernández y Villagómez en 1989, señalan que:

- **Los padres quieren realizarse creativamente, el nacimiento de un hijo no sólo es la creación de un nuevo ser, sino que puede decirse en un sentido muy real, que los padres se reproducen a sí mismos cuando traen un hijo al mundo.**
- **Los padres esperan un hijo normal, la imagen que la pareja se forma de éste siempre es ideal, tales expectativas inevitablemente se modifican cuando la imagen mental se transforma en realidad.**
- **Los padres esperan descendencia. El sentimiento de continuidad y orgullo que esto produce, contribuye a configurar el significado del nacimiento.**

Quando esto no sucede, no importa por qué razón, se experimenta un sentimiento de pérdida de las expectativas tanto en la familia como tal, como de aquellas esperadas y deseadas para el niño, situación que irrumpe en el ciclo vital normal, llevándose a cabo una modificación profunda de toda la estructura de la familia, transformación que a su vez influye en el equilibrio psíquico y emocional de todos los miembros del grupo familiar.

Se han llevado a cabo intentos por describir el proceso experiencial de los padres al tener un hijo discapacitado. La literatura nos ilustra acerca de algunas de las reacciones emocionales más frecuentes en la pareja al enfrentarse con esta crisis.

Holroyd, en 1979, realizó una investigación con padres de pacientes con desórdenes neuromusculares entre los que se encontraba la D.M.D., en comparación con parejas

cuyos hijos presentaban trastornos psiquiátricos. De la comparación se desprendieron datos interesantes. Entre los más relevantes, se pudo apreciar que hay un mayor grado de desajuste en aquellas parejas de padres de niños con desórdenes neuromusculares, y aunque los padres de pacientes psiquiátricos presentaron los mismos síntomas, la severidad fue menor. Las reacciones emocionales observadas en este trabajo fueron, en general, el estrés elevado, la culpa, la ansiedad y la depresión.

En otro estudio, cuyo autor es Kazak (1988), realizado con familias de niños fenilcetonúricos pudo verse que se presentaron reacciones de baja cohesión y poca adaptabilidad familiar una vez que el diagnóstico fue dado a conocer.

Thompson (1992) por su parte, en su trabajo hecho con padres de pacientes con D.M.D., encontró que las parejas mostraban un pobre ajuste a la situación crítica, así como datos de disfunción familiar y depresión.

Las anteriores investigaciones reportadas nos permiten detectar que, las parejas que se encuentran atravesando por situaciones críticas, derivadas de un padecimiento incapacitante en sus hijos, están viviendo una experiencia que emocionalmente está generando trastornos, por lo que es necesario que estos padres reciban de manera oportuna un tratamiento que les permita recuperar el equilibrio perdido a raíz de este evento.

En el Departamento de Salud Mental del I.N.P. existe la Clínica de Genética, en donde se atienden las secuelas emocionales producidas por enfermedades de origen genético. Dentro de esta clínica se brinda atención psicológica al paciente con D.M.D., con el fin de evitar que el niño presente una actitud negativista de retraimiento, así como desórdenes depresivos. Las técnicas más comunmente usadas son: psicoterapia individual psicoanalíticamente orientada, psicoterapia de juego e intervención en crisis.

En lo que se refiere a los padres y familiares de niños con D.M.D, se optó por la psicoterapia de grupo ya que se pudo comprobar que este tipo de tratamiento les permite darse cuenta de que existen otras personas con el mismo problema, a partir de la experiencia de los demás miembros del grupo. A los integrantes les resulta, por medio de este método, sobrellevar más fácilmente las crisis por las que atraviesan (diagnóstico, pérdida de la deambulación y muerte).

Las sesiones de dicho grupo se llevan a cabo aproximadamente cada mes, siendo difícil llevarlas a cabo con una mayor frecuencia, ya que la mayoría de los pacientes son foráneos.

El objetivo de este grupo es crear un espacio para que los padres de los niños con D.M.D. puedan apoyarse unos a otros y así lograr, dentro de lo que sea posible, una recuperación en el equilibrio emocional perdido.

También cabe aclarar que este grupo es informativo y de enlace entre servicios, ya que en él interviene personal de genética, rehabilitación y trabajo social, quienes pretenden junto con Salud Mental, evitar que el estado anímico de estos padres los lleve a detener el tratamiento de sus hijos.

En la presente investigación se pretendió evaluar el nivel de depresión y ansiedad que presentan los padres de niños con D.M.D. así como la valoración de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia en la modalidad de pareja, como herramienta útil para la reducción de estos estados.

Las sesiones de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia se llevaron a cabo de manera semanal y tuvieron como finalidad el aminorar el espacio temporal entre sesiones en comparación con el manejo de grupo, lo cual reportó una gran importancia, ya que si bien el trabajo que se llevó a cabo en el grupo demostró que en ocasiones resulta beneficioso, hay un gran espaciamiento entre las entrevistas, con lo que podría estarse afectando la continuidad en el proceso. Otro factor que hubo de tomarse en cuenta fue que los pacientes son foráneos, lo cual impidió la asistencia sistemática de los padres, quienes tenían que trasladarse desde sus lugares de origen. Así mismo, fue frecuente encontrar que los padres acudieron a las sesiones de manera separada, situación que provocó un avance limitado del tratamiento, ya que se pudo comprobar que ambos padres sufrían la misma sintomatología y requerían del mismo manejo.

Esta investigación fue un intento de restauración de la buena salud emocional en los padres de niños con D.M.D. para generar una aceptable adaptación y cohesión familiar, de pareja e individual, así como la desaparición de los síntomas de ansiedad y depresión que como resultado favorezca la involucración activa de la pareja en el tratamiento de los pacientes con D.M.D. y se encuentren en posibilidad de brindarles una mejor calidad de vida.

CAPITULO 1

DISTROFIA MUSCULAR PROGRESIVA TIPO DUCHENNE (D.M.D.)

Para Cambier, Masson y Dehen (1986), las distrofias musculares resultan de una incapacidad de mantener en el curso de la existencia la estructura diferenciada de las fibras musculares estriadas; la degeneración de un número creciente de fibras en el seno de cada unidad ocasiona la degeneración del valor funcional de los músculos, la modificación del volumen de los músculos (atrofia o hipertrofia) dependen de las reacciones del tejido intersticial del músculo, esclerosis, adiposis, que son constantes, variables en sus grados, pero siempre secundarias a la alteración primitiva de las fibras. Las miopatías son del defecto fundamental de la información genética y el mecanismo de su expresión son todavía desconocidos.

En este grupo de padecimientos quedan comprendidos aquellos en los que hay degeneración progresiva del músculo esquelético, sin alteraciones del sistema nervioso central o nervios periféricos (Loredo, 1988).

Se han realizado varios intentos por llevar a cabo una clasificación de estos padecimientos. A continuación, se muestra la clasificación aceptada por el Grupo de Investigación de Enfermedades Neuromusculares, según Loredó (1988).

Ligadas al cromosoma X.

- ***Tipo Duchenne, con afección grave de la cintura pélvica.***
 - ***Tipo Becher, con afección moderada de la cintura pélvica.***
-

Autosómicas recesivas.

- ***Cintura escapular.***
 - ***Cintura pélvica.***
 - ***Escapulohumeral.***
-

Dominantes.

- ***Fascioescapulohumeral.***
 - ***Tipo ocular.***
 - ***Tipo oculofaríngeo.***
-

Estudios epidemiológicos han demostrado que la D.M.D. es el segundo trastorno genético letal más frecuente en el ser humano y afecta a uno de cada 3,300 varones que nacen vivos. La anomalía genética que causa la D.M.D. se localizó en el locus X

del par 21 del genoma humano como resultado del estudio de diversos pacientes con translocaciones raras y D.M.D.

En una investigación, realizada por Iannaccone en 1992, se aisló el gen anormal y mediante la reconstrucción del RNA mensajero y se observó que había una proteína llamada distrofina, la cual era el producto del gen de la D.M.D. Se demostró que no había distrofina en el músculo de los individuos con D.M.D. mediante anticuerpos que marcaron la proteína in situ. Está bien identificada la estructura de la distrofina, pero aún se especula sobre su función en la actualidad. Cabe señalar que los diversos modelos animales que muestran una deficiencia de distrofina y tienen una anomalía genética análoga a la de la supresión humana, serán de mucha utilidad para valorar los tratamientos futuros antes de iniciar las pruebas clínicas.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las primeras manifestaciones clínicas se presentan a los 4 años de edad aproximadamente, cuando el niño sufre de caídas frecuentes, debilidad en la marcha y dificultad para subir escaleras y correr.

Posteriormente, aparece el signo de Gowers, que se considera característico de la enfermedad; consiste en alcanzar la posición vertical rodando todo el cuerpo para ponerse en posición prona para después de un impulso, apoyarse sobre los pies y las manos y posteriormente "trepar" las manos por piernas y cadera hasta lograr pararse.

El signo de Gowers se presenta ya que hay debilidad muscular generalizada.

En el paciente con D.M.D. la marcha tiene una base de sustentación amplia, lo que da la impresión de estar viendo la marcha de un pato (anade); esto se encuentra determinado por la debilidad de los músculos glúteos y del tronco, ya que hay pérdida del control pelviano, así como hipertrofia en soleo y gemelos. Este es otro signo característico del padecimiento (Loredo, 1988).

Para Cambier (1986), con el progreso de la enfermedad aparece la hiperlordosis lumbar, que consiste en una deformidad de la columna vertebral, en la cual se observa una curvatura hacia adelante, lo que trae como resultado que el paciente lance hacia atrás los brazos y hombros en un intento de mantener el equilibrio. De acuerdo con el avance de la enfermedad, la debilidad provoca que la marcha sea a grandes pasos y aparezca el apoyo en equino. Lo anterior está en función de las contracturas existentes. La debilidad muscular y las contracturas son dos factores que determinan la posición de la pelvis en relación con la columna y los miembros inferiores; aquí puede producirse rotación y con ello aumento de la lordosis lumbar.

De acuerdo con este autor, la inestabilidad en el balance de la deambulación es el resultado de la plantiflexión en posición horizontal, con una rodilla en flexión con contractura debido a que los tríceps surales se acortan (uno más que otro).

Según Loredo (1988), el deterioro de las masas musculares acarrea como consecuencia que los pacientes con D.M.D., aproximadamente a la edad de 10 a 12 años, se ven en la necesidad de hacer uso de silla de ruedas, ya que la deambulación se pierde por la debilidad generalizada de los músculos. Así mismo, con el progreso del padecimiento, los niños en la etapa de la adolescencia mueren por lo general por complicaciones en el funcionamiento de los músculos accesorios a la respiración, los cuales también se ven afectados.

DIAGNOSTICO

En un primer momento, el diagnóstico de este padecimiento se realiza por medio de las manifestaciones clínicas, para después verse corroborado por medio de los siguientes tres métodos:

CUANTIFICACION DE ENZIMAS:

Los datos de laboratorio que sugieren la presencia de D.M.D. son:

- **Existe un notable aumento de creatinfosfocinas plásmicas y de la aldolasa.**
- **Aumento de la lactacidemia.**
- **En orina se encuentra creatinuria.**
- **Aumento de la transaminasa glutámico oxilacético y de la isomerasa glucosa fosfato.**
- **Disminución de la glucemia y la potasemia.**

BIOPSIA MUSCULAR:

Se encuentra una disminución de fibras musculares y, además, se presenta atrofia y engrosamiento de las mismas. También pueden observarse necrosis y signos de fagocitosis.

Los resultados que se obtienen de la biopsia muscular, van a estar en función de la progresión de la enfermedad, por lo que los hallazgos miopatológicos, de acuerdo con Rudolph (1987), se pueden dividir en tres categorías:

Estadio Temprano.

En esta etapa, el músculo posee un desarrollo normal, como en los primeros años de vida; sin embargo, existen cambios en el diámetro y con interrupción de la membrana plasmática.

También, es posible que se encuentren datos de necrosis temprana, desorganización de miofibrillas, así como una ligera fibrosis grasa.

Estadio Medio.

Generalmente, se presenta entre los 5 y 10 años de edad. Aquí se observa la pérdida total de la arquitectura del músculo, existe atrofia, lo cual da como resultado la variación en el tamaño de las fibras. Debido a que hay necrosis segmental, se puede apreciar hipertrofia y engrosamiento, así como desdoblamiento de algunas fibras

pequeñas que se encuentran agrupadas. Hay aumento del tejido conectivo y graso con configuración de sarcolema anormal.

Estado Final.

En esta etapa, la mayor parte de las fibras se ha perdido, hay un aumento marcado de tejido fibroso y células grasas, las cuales se encuentran llenando los espacios muertos. Los husos se encuentran raramente afectados y cuando lo están, sólo presentan una leve fibrosis intrafusal y edema.

ELECTROMIOGRAFIA:

Para Rudolph (1987), la electromiografía es otro método de diagnóstico de estos pacientes, la cual reporta velocidades de conducción y latencias sensoriales normales.

Si al paciente se le somete a la exploración con electrodo de aguja, se observa escasa actividad anormal. Los potenciales de unidad motora que se presentan son:

- *Aumento notable del patrón de reclutamiento.*
- *Reducción de la amplitud y la duración.*
- *Aumento de la frecuencia.*
- *En reposo, fibrilaciones y ondas positivas.*

TRATAMIENTO

Una vez confirmado el diagnóstico de D.M.D., el médico debe revisar a fondo los resultados de las pruebas con los padres del paciente y dará el tiempo necesario a la revisión del pronóstico del sujeto, la planeación del tratamiento y el modo de herencia.

De acuerdo con lo que sostuvo Iannaccone en 1992, el plan de asistencia debe abarcar las complicaciones principales de la distrofia muscular: deformidades ortopédicas, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca y necesidades psicológicas, incluso problemas tanto del aprendizaje como de la conducta.

Antes de 1987 no se hablaba del tratamiento en las discusiones de D.M.D. Con el tiempo, los resultados de una prueba clínica con prednisona, realizada por Iannaccone en 1992, indicaron que podía volverse más lento el progreso de la enfermedad, de modo que los pacientes tratados no quedarán confinados a la silla de ruedas a la edad esperada. Los investigadores sometieron a pruebas diversas "sustancias candidatas" antes que a la prednisona, y no encontraron en cada caso ningún efecto hasta que recurrieron a la prednisona en grandes dosis. Los pacientes tratados quedaron confinados a la silla de ruedas dos años más tarde, en promedio, que los pacientes no tratados. La prueba inicial fue seguida por varias en las que se disminuyó la dosis de prednisona, se administró cada tercer día o se aplicó de manera doble ciego. Aún se están discutiendo los resultados de esta investigación por los siguientes motivos:

1. *Los efectos indeseables de la prednisona vuelven casi imposible el estudio doble ciego verdadero.*
2. *Los efectos indeseables de los esteroides indican que sería más seguro administrar dosis más bajas de prednisona.*
3. *No se sabe cuál es la edad óptima para la administración del tratamiento con prednisona, aunque queda claro que los beneficios no existen una vez que el paciente ha quedado confinado a la silla de ruedas.*

Otro tratamiento experimental, realizado por el mismo investigador, consiste en la transferencia de mioblastos. La hipótesis de esta investigación consistió en que las células musculares normales trasplantadas se fusionarían con las células anormales del paciente y que el gen normal de la distrofina predominaría sobre el gen defectuoso, de modo que las células fusionadas elaboraran distrofina normal. La desventaja del método consiste en que es doloroso, porque se requieren de varias inyecciones de mioblastos para el tratamiento, lo mismo que biopsia repetida del músculo tratado para valorar los resultados. Más aún, el paciente debe tomar ciclosporina para prevenir el rechazo de las células trasplantadas.

Por el momento, y siguiendo a Iannaccone (1992), todo lo anterior se encuentra en fase experimental, que si bien representa una esperanza para el paciente con D.M.D., aún no se convierte en una realidad de tratamiento para este padecimiento, el cual hasta el momento sigue representando un pronóstico de muerte para cada uno de los niños que padecen esta enfermedad.

CAPITULO 2

MANEJO DEL PACIENTE CON D.M.D. Y SUS FAMILIAS DENTRO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

El Instituto Nacional de Pediatría (I.N.P.) es un centro hospitalario de tercer nivel, lo cual quiere decir que además de brindar atención especializada, recibe a población procedente de toda la República. Aquí, además de brindar tratamiento a niños con múltiples padecimientos, se atiende a menores con trastornos genéticos entre los cuales se encuentra la Distrofia Muscular Progresiva tipo Duchenne. A continuación, se intentará dar un panorama breve de cuál es el manejo que estos niños y sus familias reciben en esta institución.

En el I.N.P. el paciente con D.M.D. recibe una atención integral proporcionada por un amplio grupo de profesionales de la salud, que si bien, por lo expuesto en el capítulo anterior, no pueden llevar al menor a recibir un tratamiento que cure su enfermedad, sí procuran dentro de lo posible, ayudar a que estos pacientes lleven una mejor calidad de vida.

El procedimiento que se lleva a cabo con los niños que padecen D.M.D., es el siguiente:

MEDICO PEDIATRA.

Al llegar estos niños al Instituto son recibidos por un médico pediatra de consulta externa, el cual elabora un expediente que contiene la ficha de identificación del niño, su historia clínica y los probables diagnósticos a corroborar. En el caso del paciente con D.M.D., ante la sospecha de este padecimiento, se envían interconsultas a diversos servicios para que las hipótesis diagnósticas sean o no rechazadas. Así, pues, es el médico internista quien se encarga de valorar al paciente.

MEDICO INTERNISTA.

El médico internista, se encarga a su vez de hacer una valoración de las manifestaciones clínicas que llevaron al médico pediatra a sospechar de una posible D.M.D. A partir de esto se llevan a cabo exámenes en los que se determinará el diagnóstico.

Los exámenes que se llevan a cabo son: cuantificación de enzimas musculares, biopsia muscular y electromiografía. Una vez que se tiene la confirmación del diagnóstico, se envía a los padres con el médico genetista.

MEDICO GENETISTA.

El papel que juega el médico genetista es de gran importancia, ya que él se encargará de proporcionar a los padres del paciente la información necesaria acerca del padecimiento por el que cursa su hijo. Así mismo, se encargará de brindar consejo

genético a la familia y de llevar a cabo las pruebas familiares, principalmente a las mujeres de este núcleo familiar para determinar si existe alguna portadora de la enfermedad, con la finalidad de advertirles los riesgos que corren de tener otro hijo con el mismo padecimiento. A partir de aquí, se inicia lo que sería propiamente el tratamiento, el cual se divide de la siguiente manera:

TRATAMIENTO PREVENTIVO.

Esta etapa se lleva a cabo con la ayuda de un terapeuta físico. Es necesario que en las etapas tempranas de la enfermedad se tomen medidas preventivas que eviten infecciones respiratorias, ya que son la causa más común de muerte en estos niños. Lo anterior se debe a que los músculos accesorios a la respiración (dorsal, ancho, abdominal y esternocleidomastoideo) sufren debilidad y parálisis, lo cual dificulta la expiración e inspiración, así como la expulsión por vía respiratoria.

Cuando el paciente se encuentra confinado a la cama (estado avanzado), lo único que se puede hacer son ejercicios respiratorios asistidos de manera diaria, donde se pretende que haya una completa expansión de los pulmones. De la misma manera, habrá un método de drenaje postural de tos asistida con una duración de 5 a 10 minutos. Estas dos actividades deberán ser realizadas con la ayuda de los padres del paciente.

Es importante citar que, una vez que un grupo muscular llega a cierto grado de debilidad, deja al grupo oponente en posibilidad de empujar a la articulación hacia la deformidad, lo que provoca contracturas, mismas que son favorecidas por el grupo muscular sin oposición. En posición vertical, la gravedad favorece a los grupos flexores sobre los extensores débiles de las extremidades inferiores, por lo que predominan las contracturas de flexión.

Los movimientos de amplitud completa en las articulaciones en las que los tejidos blandos se ponen rígidos, como son las caderas, las rodillas y los tobillos con contracción activa de los músculos oponentes con extensión y oposición al terapeuta, tienen la finalidad de retrasar dichas contracturas.

Se debe tomar en cuenta que es importante prevenir la debilidad del paciente por el desuso de los músculos. En las etapas tempranas de la enfermedad es posible que el paciente adquiera cierta fuerza con actividades que no resulten fatigantes como la natación, que más que una actividad agotadora representa un reto y un componente favorecedor de la movilidad y respiración. Este tipo de actividades permite al niño tener una mayor movilidad tanto física como mental.

TRATAMIENTO QUIRURGICO. *Se realiza con la finalidad de corregir deformidades cuando el paciente aún deambula. La cirugía más frecuentemente usada es la que consiste en alargar el tendón de Aquiles; se indica para la deformidad en equino. Posteriormente a este tipo de tratamiento, deberán utilizarse aparatos ortopédicos que*

lleguen a nivel de la rodilla.

TRATAMIENTO ORTESICO. *Para el empleo del tratamiento ortésico es necesario que el médico ortopedista conozca la etapa de la enfermedad por la que atraviesa el paciente. La clasificación más comunmente usada es la de Vings:*

- **Grado I:** *Camina y sube escaleras sin ayuda.*
- **Grado II:** *Camina y sube escaleras apoyado en un barandal.*
- **Grado III:** *Camina y sube escaleras lentamente apoyado de un barandal.*
- **Grado IV:** *Camina sin ayuda y se levanta de la silla pero no puede subir escaleras.*
- **Grado V:** *Camina sin ayuda pero no puede levantarse de la silla ni subir escaleras.*
- **Grado VI:** *Camina solo sin ayuda y con corsé largo para piernas.*
- **Grado VII:** *Camina solo con corsé largo para piernas pero necesita ayuda para mantener el equilibrio.*
- **Grado VIII:** *Se mantiene de pie con corsé largo para piernas pero no puede caminar sin ayuda.*
- **Grado IX:** *Está en silla de ruedas. La flexión de los codos es superior a la antigravedad.*
- **Grado X:** *Está en silla de ruedas. La flexión de los codos es inferior a la antigravedad.*

El tratamiento básicamente consiste en la aplicación de yesos de acuerdo con la etapa de la enfermedad por la que cursa el paciente. Este procedimiento tiene como principal finalidad el evitar deformidades.

TRATAMIENTO PSICOLOGICO. En el Instituto Nacional de Pediatría este tipo de pacientes, así como sus familias constituyen una parte de la población atendida por el Servicio de Salud Mental.

Son enviados por el Servicio de Genética para su valoración. Aquí se tiene una clínica destinada a los niños con trastornos genéticos y sus familias.

En el caso particular de los padres de niños con D.M.D. la atención que se les brinda consiste en integrarlos a un grupo de orientación y enlace, cuyas sesiones se llevan a cabo cada mes aproximadamente. La razón de que estas entrevistas se den de manera espaciada es porque, si bien los pacientes constituyen un grupo de regular tamaño, la gran mayoría tienen su lugar de residencia en el interior del país y no les es posible trasladarse al hospital con una mayor frecuencia.

En dichas entrevistas intervienen básicamente cuatro servicios: Salud Mental, Genética, Rehabilitación y Trabajo Social.

Evidentemente, el diagnóstico, la condición deteriorada y el tratamiento que tienen que llevar estos pacientes, al igual que el pronóstico de muerte, nos lleva a pensar que el niño y la familia sufren cambios en la dinámica familiar que prevalecía hasta antes de la aparición de la enfermedad.

Dichos cambios, como veremos a continuación, basándonos en las reacciones emocionales de las familias de estos pacientes, así como de aquellas con padecimientos limitantes, nos muestran un panorama en el cual la intervención psicológica debe darse de manera oportuna, a la mayor brevedad posible.

CAPITULO 3

REACCIONES EMOCIONALES EN LA PAREJA DERIVADAS DE UN PADECIMIENTO DE TIPO CRONICO EN SUS HIJOS

Después de lo que se ha visto en los capítulos anteriores, resultará de gran importancia conocer cuáles son las reacciones emocionales que los padres de los niños con D.M.D. pueden desarrollar.

Para tal fin, se ha hecho una revisión de la literatura existente acerca de este tema en padres de pacientes con D.M.D. como en aquellos que tienen hijos con padecimientos crónicos que en algunas ocasiones resultan igualmente incapacitantes.

Hokroyd y Guthrie (1979) utilizando el "Questionnaire on Resources and Stress" (Q.R.S., Hokroyd, 1979), hicieron una investigación en la que se pretendía hacer una comparación estadística del nivel de estrés experimentado en parejas de padres de niños con padecimientos neuromusculares (entre los que se encontraba la D.M.D.) y padres de niños con trastornos de tipo psiquiátrico.

En este estudio fueron manejadas dos hipótesis: la primera planteaba que el estrés experimentado por los padres de niños con enfermedades neuromusculares sería estadísticamente más elevado que el presentado por aquellos padres de niños con

desórdenes psiquiátricos; y la segunda suponía que el estrés experimentado por los padres de niños con desórdenes neuromusculares que cursaban por etapas tempranas, sería estadísticamente menor al presentado en padres del mismo tipo de niños pero en estadios avanzados.

Los resultados obtenidos a partir de las mediciones hechas a los grupos (por medio del Q.R.S.) muestran que, debido a que el cuidado del niño generalmente es depositado en la madre, es ella la que puntúa en un mayor índice de estrés; además, se encuentran indicadores que muestran que existen datos de angustia, culpa e inclusive depresión. En los padres se encontraron las mismas reacciones emocionales sólo que en un menor nivel.

Por otro lado, se puede observar que el deterioro emocional mostrado por las parejas de padres de los niños con trastornos neuromusculares fue mayor que el presentado por las parejas de niños con enfermedades psiquiátricas.

Así mismo, se pudo ver corroborada la segunda hipótesis, ya que los datos estadísticos encontrados mostraron que los padres de los niños con desórdenes neuromusculares en etapas avanzadas se encontraban mayormente deteriorados emocionalmente (angustia, culpa, estrés, depresión), que los padres de los niños con el mismo desorden, pero que atravesaban por etapas tempranas.

En otro estudio, realizado por Kazak, Reber y Snitzer (1988), a 45 familias de niños con fenilcetonuria, en comparación con un grupo control de padres de niños sanos, se encontró que las madres de los pacientes fenilcetonúricos encontraban a su familia con un menor grado de cohesión en comparación con las madres del grupo control.

De la misma manera, las madres de los niños con fenilcetonuria perciben que, en sus familias el grado de adaptabilidad es rígido, mientras que en el grupo control es estructurado.

En lo que se refiere a los padres, se observó que aquellos que tienen niños con fenilcetonuria perciben a su familia como poco adaptable, mientras que el grupo control opina lo contrario.

En resumen, las familias de niños con fenilcetonuria encuentran que en sus familias los niveles de cohesión y adaptabilidad se sitúan por debajo de lo deseado, mientras que en las familias de niños sanos, los datos son contrarios.

Volviendo a los niños con D.M.D., otro estudio efectuado por Thompson, Zoman, Fanurik y Sirotkin-Roses en 1992, nos ilustra acerca del grado de estrés de los padres y el grado de enfrentamiento y funcionamiento familiar a partir de la aparición de la enfermedad.

Esta investigación se realizó con padres de pacientes con D.M.D. (35). Los resultados muestran que 15 (43%) de estos padres presentaron un buen ajuste a los acontecimientos que se encontraban viviendo y que 20 (57%) demostraron poseer un ajuste pobre.

En cuanto a la elevación en el rango de disfunción, Thompson y Cols., reportan que en 13 (37%) de los casos, 10 (29%) de los mismos puntuaron en depresión, mientras que 7 (20%) se situaron en ansiedad. Todos los casos presentaron en algún momento las tres variables a evaluar: disfunción (falta de ajuste), síntomas depresivos y síntomas de ansiedad.

En lo que se refiere al ajuste, el enfrentamiento y el funcionamiento marital de las parejas de niños con cáncer, en un estudio realizado por Barbarín, Huges y Chester (1985), a 32 parejas de padres de niños con cáncer (diferentes tipos), se observó que, el cáncer en la infancia no siempre representa un factor debilitante en la calidad de vida de la familia, así como en las relaciones maritales.

En el estudio de Barbarín y cols. (1985), casi todos los matrimonios entrevistados plantearon que los sentimientos que experimentan pueden tomar una dirección positiva y muestra de ello es el significativo apoyo que han recibido por parte de su pareja. Gracias a esto la relación marital se mantiene y la calidad de vida es buena.

Como se ha podido ver en los anteriores estudios, la experiencia de tener un hijo que durante la infancia presenta una enfermedad crónica puede tomar dos vertientes.

Los primeros estudios muestran que hay padres que viven la experiencia de tener un niño enfermo como un factor que determina la falta de adaptabilidad, la poca cohesión, el desajuste, la angustia y la depresión. De la misma manera, como se observó en la última investigación, puede suceder que en este tipo de situaciones, la pareja se brinde mutuamente el soporte y buena calidad de vida que se necesita en los momentos de crisis.

También cabe hacer notar que la segunda situación es menos frecuente que la primera, por lo que todo parece indicar que ante tales desajustes la pareja necesitaría de un tratamiento de apoyo oportuno que les ayude a sobrellevar el diagnóstico y deterioro de sus hijos para, posteriormente, poder elaborar su muerte.

A continuación, se presenta una alternativa de tratamiento para este tipo de parejas (padres de niños con D.M.D.) que se encuentran atravesando por crisis similares a las descritas anteriormente en los estudios y donde, por medio del trabajo grupal, se han detectado elementos importantes de depresión, ansiedad, culpa y presencia de fantasías, que representan amenazas seriamente destructivas en lo que se refiere a la salud mental del individuo, la estabilidad de la pareja y la adaptación del grupo familiar.

CAPITULO 4

MODELOS DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA: DEL PSICOANALISIS A LA PSICOTERAPIA BREVE

El campo de las psicoterapias emerge en los últimos años con un desarrollo acelerado para dar respuesta y atención a problemáticas de una complejidad creciente ya que, en la más simple de las intervenciones terapéuticas, se juegan vidas, proyectos, rumbos de individuos y grupos. Toda carencia científica en este campo es problema de urgencia, de responsabilidad social y humana (Florini, 1980).

Florini (1980) plantea que las vías de abordaje para su desarrollo científico son múltiples lo cual no impide el reconocimiento de prioridades. Sin embargo, en las psicoterapias existen tres aspectos que se han presentado como los de mayor urgencia para realizar una tarea elaborativa, que apuntará a ahondarlos: uno, la necesidad de afinar la descripción y explicación de sus técnicas; otro, el del trabajo sobre ciertos pilares teóricos en los que pueda asentarse y en los que pueda a su vez enriquecer la práctica técnica; el tercero, el del cuestionamiento ideológico de las teorías y de las técnicas, que pueda colocarlas en relación con determinaciones del contexto social más amplio.

Cuando nacen de la teoría, la técnica y los procedimientos de la psicoterapia se adaptan y modifican en la práctica clínica, en cambio, cuando surgen empíricamente de esta última, se les examina a la luz de la teoría. Así, pues, la teoría y la práctica se encuentran en relación recíproca y el terapeuta en acción es agente de tal reciprocidad. Este papel de agente plantea al profesional una serie de exigencias: sus conocimientos deben ser apropiados para la tarea, en su carácter de individuo, él mismo deberá ser cauteloso y flexible; sentir y saber cuándo y qué modificar, reforzar o debilitar; tendrá que mantenerse alerta, registrar y escrutar cuidadosamente el progreso de la terapia y estar atento a pequeños detalles sin perder de vista el panorama general de la vida humana que tiene ante sí.

Cita Knobel (1987) que toda técnica terapéutica es, al parecer, más fácil de describir que el procedimiento correspondiente a su aplicación. Aparte de los conocidos problemas en torno de la validez de las inferencias de cada uno y de las sutilezas en la elección del momento más adecuado para obtener los mejores efectos, los aspectos complejos del procedimiento involucran siempre la intervención de algunas cualidades inestables del terapeuta.

La siguiente sección se inicia con la diferenciación entre tres diferentes técnicas: psicoanálisis, psicoterapia y psicoterapia breve.

PSICOANÁLISIS, PSICOTERAPIA Y PSICOTERAPIA BREVE.

Algunos autores como Wolberg (1954) y Small (1978), coinciden en señalar que la mayoría de los casos clínicos más famosos de S. Freud fueron nada más que experiencias de psicoterapia breve, casos estudiados con tanta profundidad que sentaron la más sólida base para la teoría psicoanalítica que día tras día se convalida en este modelo de experiencia que surge de la práctica psicoterapéutica ampliada a situaciones y conflictos que anteriormente parecían inalcanzables. Para estos autores, la psicoterapia aparece como una secuencia natural y lógica del psicoanálisis, gracias a que ya se puede considerar clásica la contribución de Franz Alexander y Thomas M. French (1965) que empiezan a hablar de una "terapia psicoanalítica" como algo diferente del psicoanálisis.

En el estudio que realizan de la evolución de la técnica psicoanalítica, o para expresarlo en sus propios términos de la terapia psicoanalítica, distinguen cinco periodos:

- 1) Hipnosis catártica*
- 2) Sugestión del estado de vigilia*
- 3) Asociación libre*
- 4) Neurosis transferencial*
- 5) Reducción emocional*

Es en este último periodo que puede verse cómo se sale del psicoanálisis para entrar en la psicoterapia psicoanalítica.

Estos investigadores clínicos introducen dos principios que modifican la técnica psicoanalítica: el principio de la flexibilidad y el principio de la experiencia emocional correctiva.

Se considera que los avances de los estudios psicoanalíticos son los que permitieron el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica y después de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

Esta última no existiría sin la secuencia lógica, impuesta por la riqueza de conocimientos y experiencia del psicoanálisis y la necesidad de una realidad socio-político-económica.

Por lo anterior, y según el punto de vista de Knobel (1987), se puede partir del psicoanálisis para llegar a una psicoterapia planificada. Parecería que al profundizar en el conocimiento psicoanalítico, el aspecto de la investigación superó al aspecto terapéutico.

Según Devries (1970), citado por Knobel (1987), el psicoanálisis proporciona "un marco referencial más eficaz para la investigación y comprensión del comportamiento humano que para la corrección del mismo".

Zimmermann (1982), citado por Knobel (1987), describió como importante el tipo de terapeuta para poder entender qué tipo de psicoterapia puede en realidad planificar ese terapeuta, entiende también que los aspectos de la técnica y de la teoría son de fundamental importancia.

La terapia psicoanalítica destruye viejos mitos y permite ejercer una función asistencial que el conocimiento psicoanalítico ahora posibilita.

Los fenómenos básicos de la experiencia psicoanalítica siguen siendo considerados en toda su importancia, lo que cambia es el cómo, el por qué y para qué se aplican.

En este punto, puede preguntarse qué es lo que se considera como análisis en un sentido verdaderamente psicoanalítico. Es conveniente esclarecer que el punto central es ayudar al ser humano a encontrarse a sí mismo y que el psicoanálisis lo consigue por medio de una técnica basada en el cuerpo de teoría que trata de entender la mente, que es lo esencial del ser humano, lo verdaderamente intrínseco, que supera inclusive a lo axiológico.

También, Knobel (1987) señala que en la psicoterapia psicoanalíticamente orientada y la psicoterapia breve se desea que la mente humana tenga su manifestación más profunda y al mismo tiempo más libre.

En lo que se refiere a la psicoterapia breve, se puede decir que dos hechos son los principales factores de impulso en la búsqueda de métodos breves efectivos. En primer término, es cada vez más numerosa la cantidad de personas que reconoce la imperiosa necesidad de recibir tratamiento psicológico y la mayoría de estas personas no puede asumir ni los elevados honorarios del psicoanálisis y de las demás psicoterapias a largo plazo, ni la pérdida de horas de trabajo económicamente productivo que exigen estos métodos. La adaptabilidad y insuficiente de terapeutas capacitados se agrava entonces cada vez más.

Para Small (1987), que durante la segunda Guerra Mundial, y por primera vez en la historia, la necesidad de servicios psicoterapéuticos coincidió con un nivel de desarrollo y conocimiento de la comunidad psicoterapéutica suficiente para hacer posible cierta clase de reacción positiva.

Tomando como base lo antes mencionado surge la psicoterapia breve en respuesta a la gran demanda existente en la población. En el segmento que a continuación se expone, se hace una breve enumeración de las técnicas originadas por estas condiciones sociales. Esta "clasificación" es realizada por Small (1978), quien tomó como guía los escritos hechos por Wolberg en 1954.

TECNICAS DE INTERVENCION EN PSICOTERAPIA BREVE

AGRUPAMIENTO NATURAL

Esta ingeniosa proposición, desarrollada en una unidad hospitalaria, constituye una combinación de terapias de grupo y equipo de terapeutas.

Entre cuatro y siete pacientes y profesionales se eligen entre sí para intervenir en una experiencia de terapia de grupo. Todos los participantes se consideran terapeutas; de ahí se pueden reunir pacientes con tendencias suicidas con otros que posean capacidad para preocuparse por los demás. El esquizoide compartirá la experiencia con la única persona con la que se haya mostrado dispuesto a conversar en el hospital y el paranoide se agrupará con quienes de un modo u otro, tienen cierto status dentro de la institución. La primera sesión se dedica a considerar problemas del hospital o bien alguna crisis personal que pueda sufrir cualquiera de los componentes del grupo. Las entrevistas subsecuentes versarán sobre terapia no referida a crisis o conflictos particulares. El grupo se rige mediante las siguientes normas:

- 1) El respeto por la capacidad de ayudarse los unos a los otros es primordial.*
- 2) El terapeuta se encuentra a disposición del grupo como conjunto y no de los individuos por separado.*

- 3) *Los miembros del grupo trabajan juntos en la solución de problemas fuera de las horas de terapia.*
- 4) *Si cualquiera de los integrantes se encuentra demasiado perturbado para dejar el hospital, el grupo se hará responsable de él.*
- 5) *Todo nuevo integrante del grupo, ya sea paciente o terapeuta, será elegido por el grupo como tal.*

PSICOTERAPIA DE APOYO

La psicoterapia de apoyo ha demostrado ser útil en diversos sectores de la población (Wolberg, 1954; Small, 1978). Como ejemplo pueden tomarse los tratamientos aplicados en las neurosis de guerra; también se ha empleado como técnica aplicada a adolescentes para ayudarlos en la toma de las propias decisiones, así como en la búsqueda de su propia identidad, aceptación de la autoridad, solución de los conflictos de identidad, el no abandono de los estudios y la modificación de conductas extremas o poco adaptativas.

También cabe destacar la importancia de la técnica en el tratamiento de emergencia en los niños, en especial cuando se ven afectados por la muerte de parientes o conocidos cercanos. En lo que se refiere a individuos con perturbaciones recientes, puede ser el factor que evite la hospitalización (Wolberg 1954 y Small 1978).

CONSULTA CONJUNTA

Bellak y Small en 1977 proponen incorporar a algunas psicoterapias breves una modificación de la psicoterapia familiar conjunta. La técnica resultante se emplea cuando el terapeuta comprende bien la dinámica del paciente y de su situación y preve que los cambios que se buscan se conseguirán con mayor rapidez si el paciente y el terapeuta enfrentan juntos la o las figuras con las cuales el primero se encuentra en conflicto.

El procedimiento exige que el terapeuta tenga ideas específicas acerca de lo que desea lograr. Tendrá que determinar por adelantado sus propósitos, que se han de fundamentar en la comprensión de los problemas que haya detectado en la historia de su paciente; esta comprensión se extenderá a lo que ocurre entre las dos o más personas en juego de manera que, cuando las reuna, el profesional tenga una visión clara de las metas de la entrevista y pueda guiar dicha entrevista hacia tal meta. En general, el terapeuta aplica este recurso con el fin de capacitar al paciente para resolver el conflicto o modificar la relación que tenga con la figura conflictual. Después de la reunión, lo acertado es entrevistar al paciente a solas, para revisar y analizar los hechos acaecidos durante la consulta conjunta.

DESENSIBILIZACION SISTEMATICA

De la misma forma, Wolberg (1954), describe esta técnica, la cual se vale de un estado fisiológico incompatible con la ansiedad, con el fin primario de inhibir una reacción de ansiedad débil ante determinado estímulo. Este capitulo se repite hasta que la reacción de ansiedad desaparece por completo. En cumplimiento de lo propuesto, se presentan estímulos de grado cada vez mayor, que luego se eliminan progresivamente. El estado inhibitorio de la ansiedad que se emplea por lo general es la relajación.

Los pasos fundamentales del tratamiento son:

- 1) El entrenamiento en la relajación muscular profunda.*
- 2) La reacción de jerarquías de intensidad en los estímulos generadores de ansiedad.*
- 3) La oposición entre los estímulos que suscitan relajación y aquellos que compongan las mencionadas jerarquías de los que suscitan ansiedad.*

Para Wolberg (1954), además existen otras técnicas disponibles en este terreno, ya que se cuenta con la inhibición de la ansiedad por reacciones motoras condicionadas, el uso del shock galvánico para interrumpir el estado de ansiedad y el condicionamiento a reacciones de alivio de la ansiedad. En este último procedimiento, se comienza por inquietar al paciente y luego se elimina el estímulo inquietante; se supone que, de esta manera, el paciente se condicionará a la anticipación del alivio.

TECNICAS EDUCATIVAS

Se considera que la enseñanza de cualquier oficio o conocimiento, que el terapeuta estime importante para la estabilización del paciente, constituye uno de los métodos de la psicoterapia breve.

Wolpe citado por Small (1978), instruye a sus pacientes en cuanto a los orígenes de los temores neuróticos y elige para ellos la terapia conductista, como medio para disipar fantasías en torno de lo desconocido.

Wolberg (1954) trata de educar a sus pacientes en el empleo del insight a manera de fuerza capaz de corregir sus vidas y en la forma en que se le pueda aplicar a situaciones de la vida real. En este sentido, la técnica educativa es paralela al proceso de desarrollo del insight.

Ambos autores recomiendan también el uso de técnicas educativas para permitir que los pacientes lleguen a soluciones nuevas y aboga porque tales técnicas se fundamenten en preceptos psicoanalíticos.

EVOCAION DE REACCIONES NEUROTICAS INTENSAS

Esta intervención propuesta por Wolpe, citado por Small (1978), se puede clasificar como técnica de suscitación.

La evocación repetida y no reforzada de reacciones motoras y hábitos emocionales neuróticos, contribuye a la elaboración de unas y otros. Small (1978) informa que se ha registrado la extinción de diversos acostumbamientos motores, mediante la repetición de hábitos tales como los tics y el tartamudeo.

Se vale también de una subtécnica a la que denomina "inundación emocional"; con ella se trata de hacer más vívida la ansiedad del paciente, mediante la presentación intensa de estímulos que suscitan ansiedad. Advierte, no obstante, que la técnica es imprevisible y que algunos pacientes empeoran cuando se emplea con ellos; en todo caso, debemos tener en cuenta la recomendación de incluir la evaluación de las funciones del yo entre los elementos del diagnóstico que han de preceder a la terapia.

TERAPIA FAMILIAR

Entre muchos otros, Wolberg (1954) se ocupa de los problemas que surgen de las interacciones del paciente como miembro de la familia. Cuando estas interacciones son patológicas, el paciente puede hallarse virtualmente prisionero y bien puede ocurrir que sea la persona de la familia que menos necesite de asistencia psicológica. Cuando la dificultad del paciente se debe a interacciones patológicas entre miembros de su familia, la intervención breve preferida consistirá en reunir a todas las personas involucradas, en una discusión de grupo tendiente a lograr el insight y la resolución de los problemas conjuntos.

En la mayoría de los casos, el proceso de la entrevista inicial comprende cuatro reuniones:

- 1) Con toda la familia.*
- 2) Con el miembro de la familia en conflicto.*
- 3) Con la pareja.*
- 4) Otra vez con toda la familia.*

Al finalizar, el terapeuta resume ante todos los interesados los puntos que se han puesto de manifiesto en torno de sus problemas; agrega, de ser necesario, sugerencias y recomendaciones. Las seis sesiones subsecuentes admiten el mismo grado de flexibilidad y en ellas se podrá entrevistar a la familia en grupo o a cualquiera de sus

miembros por separado. El procedimiento tiende a ser el mismo para todos los componentes del conjunto:

- a) Redefinición de los problemas.*
- b) Resumen de lo establecido en entrevistas anteriores.*
- c) Análisis de acontecimientos recientes.*
- d) Examen a fondo de los factores que pudieran oponerse al tratamiento.*
- e) Evaluación realista de la situación.*
- f) Determinación realista de las expectativas creadas en torno al tratamiento.*
- g) Identificación específica de lo que se ha adelantado y mejorado.*

TECNICA FOCAL O DE ENFOQUE

Se ha descrito que la terapia breve debe enfocar los síntomas por encima del desorden del carácter subyacente, ya que la concentración de este último prolongaría la terapia en vez de abreviarla.

Small en 1978 ofrece el análisis más minucioso de las técnicas focales que se haya efectuado sobre la base de la teoría psicoanalítica. Al hacerlo, tiene presente una meta que, en términos ideales, formula como una interpretación esencial, en la cual debe fundarse la terapia. Este fin se persigue a lo largo de la terapia; el paciente se encamina hacia él mediante la interpretación parcial, la atención y desatención selectiva. Ello implica que el terapeuta dirija la atención del paciente y refuerza esa

atención mediante la comunicación verbal y no verbal, toda vez que las asociaciones del paciente sigan un camino que concuerde con el que haya determinado de antemano el terapeuta; por lo contrario, la comunicación reforzadora estará ausente cuando el sujeto se desvíe. Agrega Malan que cuando el material parezca rico en factores determinantes, el terapeuta habrá de tomar la causalidad que sea congruente con el enfoque que haya adoptado, y no se distraerá con otros elementos, por tentadores e inquietantes que fueren.

TERAPIA DE GRUPO

Wolberg (1954) y Small (1978) creen que por lo menos una parte de los profesionales se han volcado hacia la psicoterapia de grupo por considerarla una manera de atender las necesidades de grandes cantidades de pacientes que requieren tratamiento.

Advierte al mismo tiempo, que las relaciones de transferencia se hacen mucho más complicadas en el grupo. Las relaciones de objeto que se establecen dentro del grupo como el amor, el odio, la envidia y también las identificaciones con los objetos buenos y malos, junto con sus influencias, complican el panorama. No obstante se pueden obtener consecuencias favorables del proceso terapéutico de grupo.

PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA

(P.B.I.U.)

Para Bellak y Siegal (1986), la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) surge como una alternativa terapéutica en los grandes hospitales después de la segunda Guerra Mundial. Se crea ante la imposibilidad de brindar tratamientos prolongados al gran número de pacientes que requerían de intervención psicológica. De la misma manera, se percibió la necesidad de encontrar un método que brindara alivio desde la primera sesión a aquellos pacientes que sufrían una crisis, con la finalidad de restaurar en parte el equilibrio emocional que se había perdido.

La psicoterapia breve, intensiva y de urgencia es definida por Bellak y col. (1986) como:

"Una intervención verbal o de otra manera simbólica de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos a un cambio beneficioso del paciente".

Como ya se mencionó en la primera parte de este capítulo, la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia se deriva de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada, la cual a su vez es una técnica cuyo origen tiene sus principios en el psicoanálisis ortodoxo expuesto por Sigmund Freud.

Esta técnica busca encontrar las causas de los conflictos existentes en la infancia, se basa en la continuidad de la personalidad, plantea que a cada evento presente le antecedan diversas causas pasadas, las cuales deben buscarse para poder entender la conducta y propiciar el cambio o la adaptación. Lo anterior se basa en el supuesto propuesto por S. Freud, donde se establece que la personalidad integra sus elementos desde los cinco años de edad, lo que hace que las variaciones que posteriormente surjan son, en cierta medida, predecibles si consideramos lo que ocurrió en la niñez.

Para Bellak y col. (1986) la meta de la P.B.I.U. es la reducción de la sintomatología que el paciente presenta en el momento que sufre la crisis, con la finalidad de alcanzar una mejoría que lleve al individuo a la búsqueda de tratamientos más prolongados. De esto se desprende la importancia de este método terapéutico, ya que se percibe que, es de gran utilidad en aquellos casos en que la salud física o mental del paciente se encuentra amenazada, lo cual es un indicador de la necesidad de intervención inmediata que brinde alivio desde la primera sesión.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO TERAPEUTICO

Bellak y Small (1977), plantean que durante el proceso psicoterapéutico, intervienen diversos factores que deben considerarse para su adecuado desarrollo, mismos que a continuación se describen:

- A) Indicaciones: La P.B.I.U. se indica en situaciones de dolor emocional agudo que representan momentos seriamente destructivos, que pueden poner en peligro la vida del paciente. Es también indicada para aquellos pacientes que no son tratables por medio del psicoanálisis.***

- B) Tiempo: En cuestión de tiempo, la P.B.I.U. emplea un número limitado de sesiones, pueden ser de una a seis, según las necesidades de cada caso en particular y, sólo en ocasiones especiales, el tratamiento podrá prolongarse. Cada entrevista tiene una duración de 45 a 50 minutos.***

- C) Encuadre: Esta técnica empleable en situaciones de crisis pueden llevarse a cabo prácticamente en cualquier escenario, sin embargo, cuando de alguna manera se tiene la posibilidad de programarla, necesita de un encuadre.***

En este sentido, este método no difiere de otras técnicas, básicamente se trata de ubicar un espacio adecuado donde se llevarán a cabo las entrevistas; éste debe brindar al paciente la privacidad y comodidad necesarias para el tratamiento psicoterapéutico; de la misma manera, debe fijarse un horario para las entrevistas con base en la disponibilidad tanto del paciente como del terapeuta. El encuadre debe ser respetado por ambas partes y tiene como finalidad la creación de un espacio en lugar y tiempo para la búsqueda de alternativas a aquellos problemas que llevan al paciente a vivir una crisis y con ella a solicitar la ayuda del terapeuta.

D) Contrato terapéutico: *Una vez que con base en las necesidades del paciente, y teniendo en cuenta las posibilidades del terapeuta, la P.B.I.U. ha sido la modalidad elegida, se tiene que realizar un contrato terapéutico cuyas funciones son:*

- 1. Que el terapeuta brinde al paciente información acerca del tratamiento al que se verá sometido el paciente.*
- 2. El establecimiento de los papeles que desempeñará cada una de las partes.*
- 3. El contrato terapéutico marca el compromiso que contrae el terapeuta a formular un diagnóstico, hipótesis diagnóstica o elementos perturbadores que llevan al sujeto a una crisis ante la cual es solicitada la ayuda de un terapeuta.*

El contrato terapéutico es entonces el conocimiento mutuo entre el paciente y el terapeuta, así como el establecimiento de reglas básicas de aceptación compartida que orientan la psicoterapia y la sitúan en una realidad operativa.

METODOS DE INTERVENCION

Bellak y cols. (1977, 1986) plantea que existen diversos métodos de intervención dentro de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, de los cuales, considera que los más empleados son los que a continuación se enumeran:

1. **Catarsis:** *Una creencia poco fundamentada es la de atribuir a la intervención catártica por sí sola elementos terapéuticos. Con frecuencia es de gran utilidad si se emplea junto con otras modalidades de intervención.*
2. **Interpretación:** *Es el método clásico de intervención en psicoterapia dinámica. Consiste en encontrar y dar a conocer al paciente los denominadores comunes entre los patrones conductuales y afectivos actuales en relación con eventos ocurridos en el pasado. Aun cuando este método de intervención no es el único dentro de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia se emplea, pues es de gran utilidad, ya que es un elemento que genera el insight.*

3. **Catarsis mediana:** *Se usa para la expresión de emociones que por su gran carga agresiva son especialmente difíciles de externar por el paciente. Este tipo de emociones son expuestas por el terapeuta con la finalidad de que éste asuma la responsabilidad del super yo del paciente. Si estos sentimientos son abordados por el terapeuta, entonces ya no parecerán tan inadecuados para el paciente.
Se trata básicamente de generar dentro de las entrevistas diálogos libres, que ayuden al buen desempeño del proceso terapéutico.*
4. **Prueba auxiliar de la realidad:** *La finalidad de la prueba auxiliar de la realidad es la de informar al sujeto qué tan perturbado está y cuál es la necesidad del terapeuta de asumir el papel del yo auxiliar.*

LA P.B.I.U. DE LA DEPRESION Y DE LOS SUCESOS CATASTROFICOS EN LA VIDA

En 1986, Bellak y Small hacen una lista de los diez trastornos psiquiátricos más frecuentes, para los cuales la utilización de la P.B.I.U. es una herramienta especialmente útil. Dentro de estos diez trastornos, hemos tomado dos, depresión y sucesos catastróficos en la vida, los cuales nos ilustran acerca de lo que en esta investigación se plantea:

Dicen Bellak y Small (1986), que "la depresión se lista como el principal mal de más de la mitad de los pacientes que acuden a la clínica de consulta externa. Esto la hace numéricamente significativa e importante desde el punto de vista humano. También el término depresión es sinónimo de desgracia; existe con frecuencia la posibilidad de un suicidio en cuyo caso los resultados del tratamiento son una cuestión de vida o muerte. Una intervención rápida (psicoterapia de urgencia) juega un papel crucial en el cuidado y tratamiento del deprimido". Debe aclararse que la P.B.I.U. en las depresiones puede involucrar sólo una relación diádica, consistir en terapia conjunta, familiar o ambas.

Este mismo autor cita que existen diez factores específicos en la psicoterapia de la depresión:

- 1. Problemas en la regulación de la autoestima.*
- 2. Super yo severo.*
- 3. (Intra)agresión.*
- 4. Pérdida.*
- 5. Desilusión.*
- 6. Decepción.*
- 7. Hambre de estímulos (oralidad).*
- 8. Dependencia de nutrientes narcisistas externos.*
- 9. Negación.*
- 10. Perturbaciones en las relaciones objetales: la unidad diádica y condiciones teóricas de sistemas.*

Así mismo, estos autores hablan de la intervención psicoterapéutica breve en los sucesos catastróficos de la vida y cita al respecto lo siguiente: "El impulso comprensible al tratar con alguien que sufre el impacto de una experiencia catastrófica, es enfocar el suceso inmediato. El hecho es, desde luego, que también debe verse el contexto de la experiencia de toda la vida del paciente y explorar su significado específico. El incidente actual debe entenderse en términos de sus distorsiones aperceptivas por todos los acontecimientos anteriores, ya que cualquier suceso catastrófico tendrá significados diferentes para personas distintas".

Al tratar con pacientes de sucesos traumáticos, se deben tener en cuenta sus diferentes etapas de respuesta, ya que existe un choque psíquico inicial, así como una variedad de respuestas y distorsiones patológicas en la fase de recuperación.

Bellak (1986), al igual que en los casos de depresión, plantea que hay diez factores en el manejo de sucesos catastróficos en la vida:

- 1. Catarsis.*
- 2. Significado específico del suceso.*
- 3. Exploración de "responsabilidad" y culpa.*
- 4. Secuela crónica.*
- 5. Respuestas específicas a la pérdida de empleo y jubilación.*
- 6. Respuestas específicas a la pérdida por muerte: duelo.*

- 7. *Respuestas específicas al asalto y robo.*
- 8. *Respuestas específicas a la violación.*
- 9. *Respuestas específicas a los accidentes.*
- 10. *Respuestas específicas a las amenazas ecológicas.*

Si realizamos una conjunción de estos dos trastornos (sucesos catastróficos en la vida y depresión) nos encontramos ante la situación crítica por la que atraviesan los padres de los pacientes con D.M.D.; es decir, se ha observado por medio de las investigaciones antes mencionadas (Holroyd, 1979; Kazak, 1988; Thompson, 1992; y Barbarin, 1985), que el hecho de conocer el diagnóstico de D.M.D., así como la vivencia del deterioro progresivo de los pacientes, acarrea reacciones emocionales tales como la depresión, la ansiedad, la culpa, la poca adaptabilidad y la falta de cohesión en la familia, en general, y la pareja en particular. Por lo anterior, el manejo de esta crisis se convierte en una necesidad fácilmente observable si tomamos en cuenta que la buena salud mental y la adaptabilidad a la presencia de un hijo discapacitado por parte de la pareja determinará, no sólo la adecuada situación emocional individual, de pareja y familiar, sino también la calidad de vida del paciente con D.M.D., ya que los padres son parte activa e importante en el tratamiento del niño.

PROCESO TERAPEUTICO

A continuación, se realiza una breve descripción del trabajo psicoterapéutico que se pretende llevar a cabo con las parejas de padres de niños con D.M.D., tomando en cuenta los parámetros propuestos por Bellak y Small (1986), para la utilización de la P.B.I.U.

Sesión Inicial:

La primera sesión es sin duda la que tiene una mayor importancia, pues es aquí donde la habilidad del terapeuta se pone de manifiesto al tratar de averiguar la historia del paciente, lo más exhaustivamente posible, en un lapso muy corto de tiempo.

En la primera entrevista es de suma utilidad provocar en el paciente una buena dosis de charla espontánea guiada por el terapeuta hacia aspectos importantes y relevantes en la vida del individuo. Conforme a lo señalado por el psicoanálisis, la entrevista debe ser guiada para la formulación de hipótesis de engranaje.

El preguntar los antecedentes personales del paciente tiene como finalidad el buscar denominadores comunes entre los síntomas que se están presentando al momento de la psicoterapia y situaciones en la historia del sujeto que pudieron precipitarlos.

Es también importante realizar una investigación de los síntomas secundarios que pueden estar causando problemas al paciente con el objeto de valorar si tienen o no relación con el síntoma principal y con esto generar el insight que favorecería el proceso terapéutico.

Para poder entender a la persona, el terapeuta debe conceptualizarla en las diferentes etapas de la vida, poniendo especial atención en la infancia, así mismo, debe tomar en cuenta los aspectos culturales del paciente. Es esencial conocer las características de la familia nuclear y el efecto que ésta ha tenido en la estructura del paciente, así como si la familia tiene antecedentes médicos y psiquiátricos importantes.

Con base en lo anterior, podemos conocer la relación de la familia con el paciente en términos de psicopatologías, formación de la personalidad, al igual que el esquema de solución de problemas en función de la conducta imitativa.

Una vez que se ha llevado a cabo la investigación de la historia personal de los pacientes, se procede a abordar la problemática particular que lleva al sujeto a recibir tratamiento psicoterapéutico. En el caso particular de los padres de pacientes con D.M.D., se trabajará el nivel de conocimiento acerca del padecimiento (ellos han recibido consejo genético, lo que indicaría que conocen la enfermedad al detalle), o bien el grado de negación que presentan. Se realiza una evaluación de las fantasías existentes en torno de la condición de sus hijos, así como de sus posibles curas. Con

estas dos actividades se pretende bajar paulatinamente los mecanismos de defensa existentes (principalmente la negación), que si bien en un primer momento provocará un dolor emocional agudo, nos situará ante una posibilidad más real de conseguir la aceptación y adaptación del trastorno.

Al finalizar la entrevista, el terapeuta debe hacer una revisión de los rasgos de mayor importancia y en caso necesario, le será comunicado al paciente en qué consiste el tratamiento.

Segunda sesión:

En esta entrevista se busca encontrar datos adicionales, los cuales complementen el cuadro clínico.

Se realizará un enlace con la primera sesión y se buscará entender la naturaleza de la relación psicoterapéutica y las dinámicas generales de los problemas del paciente en función de relaciones causales que permitan el establecimiento de hipótesis de manera progresiva, así como una buena continuidad en el proceso.

Se continúa con la baja de defensas y el manejo de las emociones resultantes; igualmente se intentará trabajar con la aceptación del hijo discapacitado, así como la intervención en lo que se refiere a su tratamiento.

Es importante hacer notar a la pareja que el apoyo que pueden brindarse mutuamente es un factor determinante en lo que se refiere a su relación de pareja, al igual que en el ámbito familiar.

Hay que hacer manejo de culpa materna (recordemos que la enfermedad se transmite a través de la madre al hijo varón), ya que ésta no tiene razón de ser, puesto que no es sencillo determinar en una familia que no tiene antecedentes de D.M.D. la mutación. Debe haber aceptación de ambos padres de esta situación.

Tercera sesión:

En la tercera entrevista además de las fantasías, baja de defensas y manejo de emociones, se empezará a trabajar la separación. Se le dirá al paciente que posiblemente se sentirá peor, pero que esto puede ser consecuencia de la finalización del tratamiento.

Cuarta sesión:

Aquí el principal objetivo es lograr un mayor entendimiento de los problemas que trajeron al paciente a recibir tratamiento psicoterapéutico. Se harán intervenciones y se trabajará con el insight.

Se abordará nuevamente el tema de la separación y las posibles reacciones del paciente ante ésta. Se pedirá al paciente que relacione las sesiones con la finalidad

de mantener la continuidad. Evidentemente, se siguen manejando las emociones y fantasías, pero sobre todo la aceptación del hijo discapacitado, al igual que su intervención en el tratamiento.

Quinta sesión:

En esta entrevista (última del tratamiento) se pedirá al paciente que haga un repaso de todo el proceso psicoterapéutico y se trabajará con algún tipo de material adicional.

Se le hará la aclaración al paciente de que el psicoterapeuta estará a su disposición en caso de que crea necesitarlo, antes de un mes en que se volverán a ver para la entrevista de seguimiento.

Se debe tratar de evitar la dependencia que de lo tratado en esta última entrevista pudiera desprenderse, diciendo al paciente que probablemente la terminación del tratamiento creará desajustes, los cuales debe tolerar para fortalecer el trabajo realizado. En todo momento debe mantenerse la situación tranferencial positiva.

Sexta sesión:

Esta se lleva a cabo un mes después de la terminación del tratamiento. En esta sesión la finalidad es hacer un seguimiento al paciente, donde serán evaluados los logros obtenidos.

Se mantendrá la transferencia positiva y se reiterará la disponibilidad del psicoterapeuta y el paciente para tratamientos futuros, los cuales se llevarán a cabo por el mismo terapeuta o un sustituto.

En términos generales, éste será un breve panorama de lo que es el fundamento teórico, las indicaciones, métodos y procedimientos que emplea la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia en lo que se refiere a su aplicación y utilidad en los momentos que resultan críticos en la vida de los individuos.

A continuación, se verán una serie de estudios que ilustrarán acerca de los tratamientos utilizados en personas que atraviesan por momentos difíciles en la vida, lo que trae como resultado la urgencia de manejo psicoterapéutico, que proporcione el alivio necesario y buscado al momento de recibir una terapia.

MANEJO PSICOTERAPEUTICO PROPORCIONADO A FAMILIAS QUE ATRAVIESAN POR ETAPAS CRITICAS

La literatura permite observar que se han hecho intentos por llevar a las parejas y familias que se encuentran en una situación de crisis a una mejor resolución de las mismas.

Al respecto, es importante hacer mención de algunos de estos estudios, los cuales ejemplifican, por un lado, la necesidad de brindar tratamientos para la adquisición de

conductas y actitudes adaptativas, y por otro, la efectividad de las técnicas en lo que se refiere al alcance de los objetivos.

Para iniciar se expondrá el estudio realizado por Soderstrom (1992), donde se trabajó con familias en las cuales existía un miembro con una lesión cerebral traumática. El programa de tratamiento se basó firmemente en la teoría de relaciones objetales y el análisis transaccional. Fueron incluidos los familiares del paciente, así como las personas significativas para él.

Los efectos de las intervenciones fueron medidos de 1 a 2 años después de que se originó la crisis y fueron evaluados en términos de la armonía o disarmonía dentro de las relaciones familiares.

Finalmente se llegó a la conclusión de que, la comunicación, la cohesión y la armonía familiar, se veían significativamente incrementadas una vez recibido el tratamiento.

Por otra parte, un segundo estudio, llevado a cabo por Perrin e Ireys (1984), con adolescentes que empleaban sustancias tóxicas y tenían fallas académicas, muestra lo siguiente:

Los adolescentes y sus familias fueron manejados bajo los lineamientos de la terapia familiar conductual.

Al finalizar dicho manejo se integraron 2 grupos, a uno (grupo experimental), se le proporcionaron 6 meses de sesiones de apoyo, mientras que al segundo (grupo control) no le fueron dadas dichas sesiones.

En el grupo control (sin sesiones de apoyo) se encontró que después de la disminución en el uso de sustancias y fallas escolares presentada durante el tratamiento, sus problemas volvieron a presentarse e inclusive en algunos casos empeoraron. En el grupo experimental, la respuesta fue contraria.

En lo que se refiere a la familia, pudo observarse que las reacciones fueron iguales, la ansiedad creció nuevamente en los familiares de los pacientes reincidentes, mientras que en los que no presentaron recaídas se mantuvo en controles normales.

Como puede observarse, los resultados que arrojan estas investigaciones nos orientan acerca de las actividades que se deben realizar con aquellas personas que se encuentran en una situación crítica: es necesario hacer un manejo psicoterapéutico oportuno que lleve a estos sujetos a tener un repertorio lo suficientemente amplio de conductas adaptativas, que les ayuden a vivir una situación emocional tanto personal como familiar saludable.

**PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA
EN EL TRABAJO CON PAREJAS DE PADRES DE
NIÑOS CON DISTROFIA MUSCULAR TIPO DUCHENNE**

A lo largo de todo lo que aquí se ha planteado, se han podido identificar los elementos que muestran qué es lo que se pretende investigar. En primer lugar se tiene identificada una población: las parejas de padres de niños con D.M.D., los cuales, a través de la experiencia grupal y de lo reportado por las investigaciones citadas por Holroyd (1979), Kazak (1988), Thompson (1992) y Barbarin (1988), se ha podido detectar que sufren de una condición emocional deteriorada.

Algunos de los desórdenes que se manejan en este tipo de padres son la depresión, la ansiedad, la culpa, las fantasías, la poca adaptabilidad y la falta de cohesión con la pareja. De los anteriores desórdenes, se considera que la depresión y la ansiedad ponen en peligro no sólo la integridad mental del paciente, sino también su vida, por lo que ésta es la condición que más nos preocupa.

El segundo elemento a considerar es el tratamiento. La literatura indica que estas situaciones deben ser tratadas por medio de manejo psicoterapéutico (Soderstrom, 1992), ya que los resultados que se han obtenido han sido favorables.

Como tercer punto a tomar en cuenta es el de la técnica a seguir, que en este caso es la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.

Esta herramienta, parece útil por varios motivos:

- 1° Lleva alivio desde la primera sesión;*
- 2° Ha sido empleada con población deprimida y en situaciones catastróficas en la vida; y*
- 3° Es empleable en situaciones de crisis.*

También, basado en lo que se ha citado con respecto a las reacciones emocionales, se ha visto la importancia que tiene la pareja como unidad en situaciones de crisis que involucran a la familia, lo cual representa una buena razón para emplear la técnica mencionada en pareja; así mismo, se ha podido constatar que ambos padres son importantes en el tratamiento de su hijo, por lo que es necesario que ellos tengan una situación emocional estable para que puedan darse apoyo mutuo.

Habrà que tomar en cuenta que ante el diagnóstico de estos niños, surge una crisis en los padres, lo cual se repite en diferentes momentos durante el progreso de la enfermedad (pérdida de la marcha, deterioro físico generalizado, muerte), por lo que el manejo a cualquier edad del paciente es igualmente necesario, para afrontar las situaciones de crisis involucradas en las diferentes fases del padecimiento y para afrontar el vivir en lo personal, como pareja y como familia, los aspectos de pérdida circundantes.

Una vez que se ha identificado el problema con base en la literatura y en la experiencia grupal, no era posible dejarlo sin un intento de solución; es por eso que se planeó utilizar la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia como herramienta de trabajo para llevar alivio a las parejas de padres de niños con diagnóstico de D.M.D.

Las razones por las que se eligió esta técnica en particular fueron las siguientes:

- 1) Es un método utilizable en situaciones de crisis, de dolor emocional agudo.***
- 2) El alivio puede reportarse desde la primera entrevista.***
- 3) Tiene lineamientos bien estructurados acerca del trabajo que debe realizarse en cada sesión.***
- 4) Ha sido empleada en el manejo de depresión y sucesos catastróficos en la vida con buenos resultados.***
- 5) No tiene objetivos que pudieran considerarse inalcanzables, cualquier mejoría de los síntomas representa un logro.***
- 6) Emplea un número limitado de sesiones.***
- 7) Puede aplicarse en diferentes modalidades: individual, de pareja, familiar y de grupo.***

También existen motivos para considerar importante llevar a cabo el trabajo de investigación aquí propuesto en la modalidad de pareja, los cuales a continuación se enumeran:

- ***La literatura muestra evidencia que indica que el apoyo recibido por el cónyuge en situaciones críticas, aumenta significativamente la cohesión y adaptabilidad de la pareja y de la familia.***
- ***Las investigaciones revisadas hablan de que las reacciones emocionales que presentan ambos padres son las mismas, lo cual indica que deben recibir el mismo manejo.***
- ***Ambos padres del paciente con D.M.D. son parte activa del tratamiento de sus hijos, por lo cual es importante que ellos posean un amplio repertorio de conductas adaptativas que los lleven a brindar al paciente y a la familia una mejor calidad de vida.***

CAPITULO 5

M E T O D O

En investigaciones anteriormente citadas (Asato, 1990 y Gande, Hernández y Villagómez, 1989), se ha hablado del impacto emocional que genera en las parejas la presencia de un hijo con un diagnóstico incapacitante o de muerte. La pareja cuando espera un hijo crea una gran cantidad de fantasías acerca de todo aquello que a ellos les fue imposible realizar y que llevará a cabo su hijo.

Cuando se les informa a las parejas del diagnóstico de sus hijos y que se verán imposibilitados para hacer realidad las fantasías, se da irremediamente una crisis que conduce a estas parejas a experimentar trastornos emocionales tales como la angustia y la depresión.

Como ya se ha dicho, algunos autores encuentran que la negación, la ira, la angustia y la depresión son reacciones psicológicas que de manera general están presentes en el repertorio de respuestas de estos padres al darse cuenta de que el padecimiento de sus hijos culminará irremediamente en la muerte (Hokroyd, 1979; Kazak, 1988; Thompson, 1992; y Barbarin 1985).

Una vez que los investigadores, por medio de sus trabajos, demostraron que la problemática antes referida está presente y que es importante la intervención psicoterapéutica, queda claro que existe la necesidad de buscar alguna alternativa de tratamiento para estos pacientes.

En relación a la importancia que reviste el tratamiento en la modalidad de pareja, se puede enfatizar que la adquisición de conductas adaptativas que repercuten en una situación emocional saludable en los padres, conlleva a una mejor calidad de vida del paciente con D.M.D., ya que hay una intervención más dinámica de la pareja en el tratamiento de éste.

Por otro lado, existe evidencia de que el apoyo que uno de los miembros de la pareja pueda proporcionar al otro, es un generador de cohesión entre ambos y el resto de la familia, con lo que la adaptabilidad y aceptación hacia el miembro discapacitado, se ve incrementada considerablemente (Barbarin, Diane y Mark, 1988).

Por razones que posteriormente se expondrán, la técnica elegida en este trabajo de investigación fue la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) propuesta por Bellak y cols. (1977, 1986).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta que la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia es una técnica que se emplea en situaciones de crisis y que los padres de estos niños se encuentran atravesando por varias de ellas, surge la pregunta:

¿Es posible que el empleo de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia reduzca el nivel de depresión y ansiedad previamente diagnosticado en parejas de niños con distrofia muscular progresiva tipo Duchenne?

TIPO DE INVESTIGACION

El presente trabajo es una investigación valuativa de campo. En este tipo de estudios, el investigador se encuentra ante la posibilidad de hacer la manipulación de la variable independiente, que es la P.B.I.U., con la finalidad de evaluar el efecto que causan estos cambios en la variable dependiente (depresión y ansiedad). Así mismo, es posible hacer un análisis del fenómeno estudiado.

Este tipo de investigación es comunmente empleado en escuelas, hospitales, fábricas, etc., y tiene como propósito la comprobación de hipótesis (Campbell, 1984).

HIPOTESIS

Hipótesis alterna:

Sí habrá diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión y ansiedad en parejas de padres de niños con D.M.D. antes y después de someterse a un tratamiento con psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.

Hipótesis nula:

No habrá diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión y ansiedad en parejas de padres de niños con D.M.D. antes y después de someterse a un tratamiento con psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.

Definición conceptual:

"Es una intervención verbal o de otra manera simbólica de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos a un cambio beneficioso del paciente" (Bellak y col. 1977).

Definición operacional:

Se trata de una técnica psicoterapéutica que consta de seis sesiones de 45 minutos cada una, donde se pretende la elaboración de un diagnóstico y el establecimiento de hipótesis con base en el planteamiento de relaciones causales que ayuden a la resolución de la crisis que llevó al paciente a solicitar ayuda de tipo psicoterapéutico.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Niveles de depresión y ansiedad.

Definición conceptual:

Depresión:

- *"Es una reacción ante una situación de pérdida en la cual se presenta un abatimiento del ánimo y del humor, acompañado por la sensación de tristeza y desesperanza" (Castilla del Pino, 1984).*

- *"La depresión es una de las reacciones psicopatológicas más frecuentes. Se manifiesta por una actitud de concentración en uno mismo en tanto se pierde el interés en las situaciones externas. Hay tendencia a la pasividad y el abandono, así como incapacidad para encontrar satisfacciones. Es la respuesta a la pérdida de un objeto o relación valiosa para el individuo" (De la Fuente, 1974).*

Ansiiedad:

- ***"La ansiiedad es un trastorno en el que aparecen los signos de angustia expresada como tensión, indecisión, temores vagos e inespecíficos, así como accesos de sudoración comunes en este tipo de estado" (Castilla del Pino, 1984).***
- ***"La ansiiedad es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada. Subjetivamente, se caracteriza por un afecto de incertidumbre e importancia ante una amenaza que no es percibida del todo o que lo es en forma vaga e imprecisa" (De la Fuente, 1974).***

DISEÑO

En esta investigación se utilizó un diseño de una sola muestra con pretest-postest, en la que a los sujetos se les aplicó la Escala de Medición de la Depresión de Zung, al igual que el Inventario de Ansiiedad Rasgo Estado (I.D.A.R.E.); posteriormente, se les sometió a un tratamiento de seis sesiones de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (5 de tratamiento y 1 de seguimiento un mes más tarde).

Una vez terminado el manejo psicoterapéutico, se llevó a cabo una segunda aplicación de los instrumentos antes mencionados, con la finalidad de hacer una comparación estadística entre las dos aplicaciones, para realizar la evaluación de las diferencias (Campbell, 1984).

SUJETOS

La muestra se integró a partir de los padres de los pacientes con D.M.D. referidos al servicio de salud mental por el Departamento de Genética del I.N.P., observando los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- 1. Se integró a la presente investigación a todas aquellas parejas de padres a las que se les hubo confirmado como diagnóstico en sus hijos la D.M.D.*
- 2. Se trabajó únicamente con aquellos padres que residen en el Distrito Federal ya que se requirió de su presencia en diversas ocasiones y el traslado desde el interior del país resultaría problemático.*
- 3. Se requirió que los padres hubieran recibido consejo genético.*

4. *Se trabajó sólo con aquellas parejas de padres que puntuaron en el pretest de la escala de medición de la depresión de Zung, en los rangos de reacción de ansiedad y depresión ambulatoria, ya que quien obtuvo un diagnóstico de depresión que amerita hospitalización, se consideró que requería de otro tipo de manejo.*

Criterios de eliminación:

1. *Se eliminó de este estudio a aquellas parejas de padres cuyos hijos durante el proceso fallecieron.*

A partir de los anteriores criterios, se reunió la muestra a investigar, la cual estuvo conformada por diez parejas de padres.

ESCENARIO

Las entrevistas se llevaron a cabo en el Departamento de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría. El consultorio que se empleó mide aproximadamente 3 metros de largo por 2.5 de ancho. El mobiliario consta de un escritorio con 3 sillas iguales, dos estantes que contienen protocolos de pruebas psicológicas y algunos cuadros. El consultorio cuenta con la privacidad necesaria para este tipo de tratamiento, así como con una adecuada iluminación y ventilación.

TECNICA UTILIZADA E INSTRUMENTOS

Como ya se ha expuesto, la problemática de estos padres ha sido identificada a través de la literatura y la experiencia grupal. Se trata de individuos que se encuentran sufriendo una crisis, la cual se deriva de un padecimiento que lleva a sus hijos a la imposibilidad de cumplir con las fantasías creadas alrededor de ellos por los mismos padres, así como todas las reacciones emocionales que conlleva la pérdida.

Las reacciones emocionales que se presentan en los padres, ya han sido relatadas (depresión, ansiedad, culpa y falta de cohesión y adaptabilidad), así como la necesidad de ser sometidos a tratamiento psicológico que ha reportado buenos resultados.

Existen razones de peso para llevar la intervención en crisis en la modalidad de pareja, las cuales a continuación se enlistan:

- 1. Hay evidencia que nos indica que el apoyo recibido por el cónyuge en situaciones de crisis, aumenta la cohesión y adaptabilidad en pareja y dentro de la familia.*
- 2. Se ha podido observar que ambos miembros de la pareja muestran los mismos trastornos emocionales, lo que indica que los dos requieren de manejo por parte de un terapeuta, el cual ayude a cumplir con el apartado anterior.*
- 3. Los padres del paciente con D.M.D. son parte activa en el tratamiento de sus hijos; si ellos como pareja pueden lograr emitir conductas adaptativas, cohesión*

en pareja y familia, así como una situación emocional lo más saludable posible, se encontrarán en una situación favorable para poder brindar a su hijo enfermo una mejor calidad de vida.

La técnica elegida para intentar llevar a cabo los anteriores propósitos fue la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, propuesta por Bellak en 1986.

Los motivos que llevaron a considerar esta técnica como la más adecuada para los fines planteados fueron los siguientes:

- *Es un método psicoterapéutico empleable en situaciones de crisis, de dolor emocional agudo, que pone en peligro la integridad emocional y física del paciente que la sufre.*
- *El alivio que se presenta puede reportarse desde la primera entrevista.*
- *La P.B.I.U. tiene lo que se refiere al proceso terapéutico lineamientos bien estructurados acerca del trabajo que debe desarrollarse en cada sesión.*
- *Ha sido empleada en el manejo de la depresión y los sucesos catastróficos en la vida con buenos resultados.*
- *No tiene objetivos que pudieran resultar inalcanzables, cualquier mejoría de los síntomas, representa en sí un logro.*
- *Emplea un número limitado de sesiones (de una a seis). El manejo que se realizó en las seis sesiones que constituyeron el tratamiento de las parejas de padres de niños con D.M.D., está descrito en el capítulo 4.*

En esta investigación se emplearon dos instrumentos: La escala de medición de la depresión de Zung y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (I.D.A.R.E.). A continuación, se muestran las características generales de estas dos pruebas.

ESCALA DE MEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG.

La escala consta de 20 declaraciones (ver Anexo A) cada una se refiere a una característica particular de la depresión. Estas declaraciones están redactadas la mitad de manera positiva y la otra mitad como sintomáticamente negativas, lo cual tiene como finalidad la protección de la prueba.

La escala consta de cuatro factores: índice de estado deprimido, índice de bienestar, índice de síntomas somáticos e índice de optimismo.

Indicaciones:

Al momento de la aplicación se le debe especificar al sujeto que tendrá que contestar todas las declaraciones y que en cada una solo debe dar una respuesta. Si en alguna declaración no hay una respuesta específica, entonces deberá contestar a aquella modalidad de respuesta que más se aproxime a su situación actual. Existen cuatro modalidades de respuesta: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente.

Calificación de la prueba:

La escala de medición de la depresión de Zung tiene un sencillo método de calificación:

- 1. Se encima el protocolo de la prueba en una cubierta transparente que contiene el puntaje que le será asignado a cada respuesta en sus diferentes modalidades. Se anota al margen la calificación dada a las respuestas emitidas por el paciente.**
- 2. Se suman los resultados obtenidos y se hace la corrección a índice A.M.D. (los proporciona el mismo Zung).**
- 3. Una vez que se obtiene el índice A.M.D., se localiza el rango correspondiente según los criterios de Zung. Con esto es fácil dar el diagnóstico.**

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO ESTADO (I.D.A.R.E.).

La prueba consta de dos escalas, (vease Anexo B) una para determinar el estado de ansiedad y otra para conocer el grado de ansiedad como rasgo. Ambas escalas cuentan con 20 reactivos cada una. En la escala de ansiedad estado se pide a los sujetos que describan cómo se sienten en el momento de la aplicación, mientras que en la escala de ansiedad rasgo se pide indiquen cómo se sienten generalmente.

Aplicación:

El I.D.A.R.E. está diseñado para ser autoadministrado, ya sea en grupo o individualmente. Las instrucciones de aplicación se encuentran impresas en el encabezado del protocolo.

Las modalidades de respuesta para la escala de ansiedad estado son: casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre. En el caso de la escala de ansiedad rasgo son: no en absoluto, un poco, bastante y mucho.

Calificación:

Las calificaciones que se obtienen en la prueba varían de una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en ambas escalas. Para la calificación es necesario colocar una plantilla transparente sobre el protocolo de respuesta, donde se obtienen los valores numéricos de cada respuesta (de 1 a 4 puntos).

A fin de encontrar una puntuación T o un rango percentil, en los cuadros de las normas que correspondan a la puntuación obtenida por el sujeto en la escala de rasgo o estado, se debe llevar a cabo el siguiente procedimiento:

- 1. Determinése la prueba normativa que parece ser la más adecuada para el caso en cuestión y consúltese el cuadro para esa muestra.*
- 2. Búsqese la puntuación en bruto obtenida en la extrema derecha o izquierda del cuadro.*

3. **Leáse la puntuación T o el rango percentil que corresponde al sujeto en la columna adecuada (tablas, rangos y puntuaciones T se encuentran incluidas en el Instructivo de la prueba).**

PROCEDIMIENTO

Una vez que se esclareció cuáles iban a ser los criterios de inclusión, se procedió a iniciar el manejo de los pacientes de esta investigación.

A continuación se describen los pasos que se siguieron para llevar a cabo este estudio:

- A) Con base en los criterios de inclusión, de la revisión de expedientes y entrevistas con el grupo de enlace, se eligieron 10 parejas, las cuales constituyeron la muestra de este trabajo.**
- B) Se realizó una entrevista con las 10 parejas (cada una por separado), donde les fueron aplicados los dos instrumentos de medición (Escala de Medición de la Depresión de Zung e I.D.A.R.E.). En esta entrevista no se utilizaron elementos psicoterapéuticos, fue una sesión de enganchamiento de la muestra.**
- C) A cada una de las parejas se les proporcionó un tratamiento de seis sesiones de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, de las cuales cinco constituyeron el tratamiento y la sexta fue de seguimiento un mes más tarde.**

- D) Posterior a los minutos de la quinta sesión del tratamiento, les fue aplicado a cada una de las parejas los dos instrumentos de medición (postest).**
- E) En la sexta entrevista, la cual fue de seguimiento, fueron dados a conocer los resultados de las pruebas a cada uno de los participantes de la investigación.**

RESULTADOS

Para el análisis cuantitativo de los datos se utilizó estadística no paramétrica (prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon, U de Mann Whitney y análisis de frecuencias), de donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Por medio del análisis de frecuencias encontramos que, la edad promedio de los participantes fue de 38 años, con una máxima de 58 y una mínima de 25. La edad promedio presentada en el grupo de varones fue de 40, mientras que en las mujeres fue de 36. La máxima diferencia de edad entre las parejas fue de 7 años y la mínima fue de 0.

También se observó por medio de esta prueba que dos de las parejas (20%) se encontraban atravesando por la crisis de un diagnóstico reciente, 6 parejas (60%) se situaron en la crisis de la pérdida de la deambulaci3n, mientras que las 2 parejas restantes (20%) vivían en crisis del estadio avanzado de la patología (Véase Figura 1).

Los hallazgos obtenidos de la aplicación previa al tratamiento de la escala de medición de la depresión de Zung, muestran que 10 de los sujetos (50%) se situaron en el rango de reacción de ansiedad, de los cuales 9 pacientes fueron del sexo masculino y 1 del sexo femenino. Así mismo, se presentaron 10 casos (50%) de depresión ambulatoria, este grupo está integrado por 9 sujetos del sexo femenino y un sujeto del sexo masculino, por lo tanto, se puede apreciar que fueron las mujeres quienes presentaron un mayor índice de depresión (Véase Figura 2).

En la aplicación de la prueba de Zung posterior al tratamiento, se encontró que de los 9 casos masculinos que presentaron en el pretest un diagnóstico de reacción de ansiedad, 7 disminuyeron al rango inmediato inferior (controles normales), mientras que 2 se situaron en el mismo diagnóstico (reacción de ansiedad) y uno de los sujetos quedó en el mismo nivel de depresión ambulatoria; esto demuestra que el mayor porcentaje de pacientes hombres tuvo una reducción importante en el nivel de depresión mostrado antes del tratamiento (Véase Figura 3).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

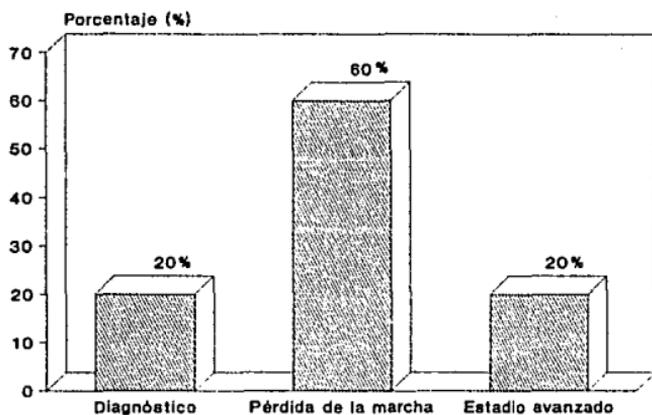


Figura 1. Fase de la enfermedad donde se encontraban los niños en el momento de iniciar el tratamiento con P.B.I.U. con las parejas de padres.

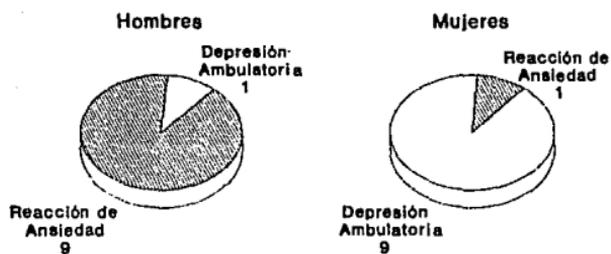


Figura 2. Hallazgos obtenidos en la aplicación previa al tratamiento en la escala de depresión de Zung. Total de la muestra = 20 (10 hombres y 10 mujeres).

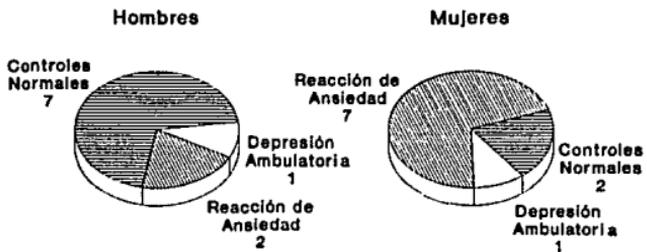


Figura 3. Puntajes obtenidos en la aplicación de la prueba de Zung, posterior al tratamiento con P.B.I.U. Total de la muestra = 20 (10 hombres y 10 mujeres).

El único caso femenino que presentó en el pretest un diagnóstico de reacción de ansiedad, registró un decremento en el nivel de depresión, ya que en el postest se obtuvo una puntuación correspondiente a controles normales.

De los 9 casos de mujeres que se encontraban en condiciones de depresión ambulatoria, en 7 hubo una disminución a reacción de ansiedad, 1 se ubicó en controles normales y 1 permaneció en el mismo diagnóstico. Aquí puede hacerse notar que, también en el caso de las mujeres se registró un decremento importante en el grado de depresión reportado en el pretest, aun cuando las condiciones en que se encontraban los pacientes eran más críticas que en grupo anterior (Véase Figura 3).

Por medio de la prueba U de Mann Whitney se hizo el análisis comparativo del nivel de ansiedad rasgo (I.D.A.R.E.) en el pretest y el postest, encontrando que en esta escala se registró en los 20 sujetos (100%) una reducción lo suficientemente discreta para no ser considerada como significativa. El hecho de que el decremento mostrado por la muestra en la escala de ansiedad rasgo no lograra ser considerado significativo, es algo que se esperaba, ya que este elemento no puede ser modificado profundamente porque representa parte de la personalidad del individuo.

Con respecto a la comparación hecha entre el pretest y postest de la escala de ansiedad estado, la prueba de Wilcoxon mostró que se dio un decremento estadísticamente significativo en los índices de ansiedad (19 sujetos disminuyeron, 1 aumentó y ninguno obtuvo el mismo puntaje) Véase Figura 4.

En lo que se refiere a la comparación hecha entre los puntajes obtenidos en la prueba de depresión de Zung (pretest y postest), encontramos una significancia de 0.0003, lo cual nos indica que la gran mayoría de los sujetos experimentó una significativa reducción de su nivel de depresión a partir de haber recibido el tratamiento con psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (Véanse Figuras 2 y 3).

Como resumen de todo lo anteriormente citado, pueden plantearse los puntos más relevantes:

- 1. Se observó que fueron los pacientes del sexo femenino quienes reportaron un mayor nivel de depresión de manera general, tanto en el pretest como en el postest.*
- 2. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de ansiedad reportado en el I.D.A.R.E. en lo que se refiere a la escala de rasgo en cuanto al sexo, ni en lo que respecta al pretest y postest.*
- 3. El nivel de ansiedad reportado en el postest (0.007) en la escala del estado del I.D.A.R.E. fue significativamente menor en ambos sexos que lo registrado en el pretest.*
- 4. La significancia de las diferencias encontradas entre el pretest y el postest de la escala de medición de la depresión de Zung, después del tratamiento de*

psicoterapia breve, intensiva y de urgencia fue de 0.0003, lo cual nos indica que el decremento observado es estadísticamente significativo.

5. *Tomando en cuenta los datos reportados en los incisos anteriores, se procede a la aceptación de la hipótesis alterna, la cual expresa que la psicoterapia breve es útil para la reducción de los niveles de depresión presentados en las parejas de padres de niños con D.M.D. y que esta misma técnica es empleable cuando se intenta bajar los niveles de ansiedad que reportan las situaciones críticas en la vida.*

6. *Lo anterior sólo es aplicable a la población estudiada: parejas de padres de niños con diagnóstico de distrofia muscular progresiva tipo Duchenne (D.M.D.).*

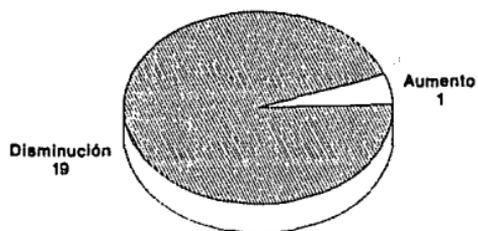


Figura 4. Disminución observada en el índice de ansiedad estado en la muestra (20 sujetos) a través del I.D.A.R.E.

ANALISIS DINAMICO DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO

En este momento se pretende hacer un análisis de lo acontecido con las parejas de padres de niños con diagnóstico de D.M.D. durante las entrevistas que constituyeron el proceso terapéutico desde el punto de vista dinámico.

En un principio, se pensó que la formación de la muestra sería una tarea fácil, ya que este tipo de padres se encuentra siendo manejado en un grupo informativo, que presenta en sí una población cautiva; sin embargo, aún cuando todos reconocieron la necesidad de recibir un manejo de tipo psicoterapéutico en un principio, hubo que trabajar los elementos resistentes y defensivos asociados en cada caso.

A propósito de lo anterior, debe relatarse que, la selección de la muestra, no fue todo lo sencilla que se pudiera pensar, ya que además de lo anterior, los padres se mostraron renuentes en más de una ocasión.

Lo que sucedió en este tipo de parejas, es que se encontraban en una situación muy particular, pues sentían que a pesar de que el hospital atendía sus hijos, de que eran manejados por diversos servicios y varios especialistas y de que acudían con una gran frecuencia a la institución, en realidad no se encontraban recibiendo aquello que es lo que más querían, ya que el padecimiento de sus hijos continuaba avanzando y el deterioro que se encontraban sufriendo, lo seguían palpando día a día; entonces, les

era difícil aceptar que se les podía brindar ayuda a otro nivel ya que lo que ellos buscaban, era un remedio más "palpable" para sus hijos. En síntesis, los padres de los pacientes con D.M.D. sentían que no estaban recibiendo del Instituto aquello que buscaban: la cura a la patología que estaban presentando sus hijos, por lo cual, veían como algo innecesario el continuar asistiendo a una actividad, que viéndolo desde su punto de vista, tampoco reportaría este beneficio.

En general, se encontró que una vez que aceptaron asistir a las entrevistas de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, su discurso versaba acerca de algunos otros procedimientos de búsqueda realizados por las parejas para encontrar la cura de los pacientes, entre los que se encontraban desde las visitas a médicos naturistas, homeópatas, e inclusive "brujos" que aseguraban poder dar una solución pronta a la enfermedad de los niños, así como el empleo de métodos curativos carentes de toda validez científica como la ingestión frecuente y en grandes cantidades de agua de Tlacote, o bien la aplicación de sueros obtenidos a través de la centrifugación de considerables volúmenes de sangre (extraída al mismo paciente) y aplicada por varios meses en forma de "vacunas".

Todo lo anterior dio como resultado una situación emocional aún más deteriorada a partir de que estos métodos probaron a corto plazo ser de poca utilidad en lo que se refiere al estado del paciente y la progresión de la patología.

Una vez que se vencieron algunos obstáculos (falta de credibilidad en el tratamiento, incompatibilidad de horarios en la pareja para la asistencia conjunta), la muestra accedió a llevar a cabo las entrevistas, y dentro de las sesiones, se encontraron datos interesantes.

Por lo general, la que se mostró más interesada y colaboradora en este tipo de tratamiento fue la madre, ya que los padres se comportaron más renuentes a asistir a las entrevistas, pero una vez que se encontraron dentro del protocolo de la investigación, su cooperación fue en aumento progresivo.

Iniciado el trabajo psicoterapéutico, se observaron ciertos denominadores comunes en las parejas; por ejemplo, las madres se mostraron mayormente cooperadoras a asistir a las sesiones, en algunos casos la pareja no podía llegar junta por las actividades de cada uno de los miembros; en estos casos, fue generalmente la madre quien asistía de manera puntual, mientras que el padre de manera habitual se retrasaba.

Por otro lado, y siguiendo con la cooperación materna, se pudo ver a través del trabajo con esta conducta, que ellas se interesaban más en la realización de estas entrevistas porque se mostraban con un mayor grado de afectación emocional por el padecimiento de sus hijos, ya que de ellas es la labor de cuidarlos y atenderlos durante el día. Otro dato interesante que se encontró es que las madres adoptan una posición realista en lo que se refiere a la patología, daban por hecho que sus hijos tarde o temprano

morirían, lo cual provocaba que durante las entrevistas hubiera una expresión más abierta de sus emociones; en diversas ocasiones se presentaron episodios de llanto, mientras que los padres se mostraban más herméticos y no tan dispuestos a dejar salir lo que sentían con respecto al estado de sus hijo, lo cual repercutió en un mayor trabajo en el manejo de sus defensas y resistencias.

Un dato importante que podemos citar es que, los padres por su parte, a pesar de haber recibido la misma información con respecto a la enfermedad de sus hijos, aparecían como negadores, lo cual nos hizo ver que la no aceptación de las incapacidades de los niños los llevaba a crear fantasías acerca de posibles curas, inclusive hubo ocasiones en que el padre ofrecía la donación de órganos o miembros de su mismo cuerpo para evitar el deterioro del niño. En el caso de las madres las fantasías eran la mayor parte de las veces como las anteriormente relatadas (visitas a médicos naturistas, homeópatas, brujos, ingesta de agua de Tlacote).

En términos generales, las entrevistas se encontraron llenas de fantasías defensivas, con expresiones emocionales de dolor, culpa, miedo y angustia, donde las crisis de llanto fueron frecuentes y la renuencia inicial al tratamiento fue siendo eliminada de manera paulatina hasta que se logró conseguir una buena disposición por parte de ambos padres.

La culpa representó un elemento importante a manejar, las madres la viven como algo tan lastimante como la patología en sí. Recordemos que la transmisión del padecimiento es de la madre al hijo varón, lo que hace que ellas se sientan responsables del estado actual y futuro de los pacientes; de igual manera, se pudo observar que en los padres este elemento también era importante manejarlo, ya que si bien no lo manifestaban abiertamente, sí demostraban con conductas en ocasiones agresivas, un marcado resentimiento hacia las madres por esta situación.

Al respecto, se les explicó a ambos que, en la mayoría de los casos el padecimiento es resultado de una mutación genética, es decir, no existen antecedentes familiares al respecto, por lo tanto, es casi imposible poder determinar qué niños nacerán con este trastorno, lo cual indica que en este tipo de situaciones no existen culpables, ya que no hay una "intención deliberada" de dañar al hijo "ideal" deseado por la pareja.

Se pudo observar como dato relevante que, la relación de la pareja puede tomar dos vertientes una vez que se encuentra ante la posibilidad de muerte de sus hijos: la primera es tener una mayor cohesión y situarse en la posibilidad de darse un mayor apoyo mutuo durante todo el tiempo que la enfermedad del niño lo requiera y la segunda, es la de presentar una desunión y conflictiva a nivel de pareja que en ocasiones, como se pudo ver, lleva a la desintegración completa del vínculo.

Una vez que se terminó el trabajo psicoterapéutico, en una charla que se tuvo con las parejas se les pidió que comentaran cómo se sentían después del tratamiento, independientemente de los resultados que arrojaron las pruebas y ellos dijeron que consideraban que el trabajo realizado les había proporcionado beneficios emocionales a nivel personal, de pareja y familiar.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los anteriores resultados nos permiten concluir que la hipótesis alterna planteada en el presente trabajo de investigación se acepta, ésta es la que se refiere a que la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, representa una herramienta útil cuando nos encontramos con pacientes que por una situación de crisis se encuentran presentando desórdenes emocionales como la ansiedad y la depresión.

La presente investigación se realizó a partir de la observación de una necesidad, la cual demandaba la utilización de un método que pudiera dar salida a la urgencia, beneficiar de manera oportuna y a corto plazo a una población que se encontraba atravesando un momento difícil, de crisis dolorosa que desequilibra emocionalmente. Este es el caso de las parejas de padres de niños con diagnóstico de distrofia muscular progresiva tipo Duchenne, a los que, la presencia de una patología cuyo curso irremediablemente llevará a sus hijos a la muerte a temprana edad, después de sufrir un deterioro que los dejará imposibilitados para realizar cualquier actividad física.

Esta enfermedad trae como consecuencia la ruptura del ciclo vital familiar y para los padres, la pérdida de expectativas de que el hijo que tienen cumpla con las fantasías de aquello que les fue imposible realizar. De la misma manera, como ya se mencionó en el marco teórico, las reacciones emocionales derivadas de la pérdida del hijo

(ansiedad, miedo, culpa, depresión), hacen evidente el manejo psicoterapéutico en el momento de la crisis.

Es por esto que el tratamiento de estas parejas se convierte en una necesidad primordial desde el momento del diagnóstico hasta la muerte del niño.

Como ya lo planteó Holroyd en su investigación realizada en 1979, el deterioro emocional que sufren los padres de los niños con desórdenes neuromusculares, entre los que se encuentra la D.M.D., se traduce en desórdenes psicológicos como la ansiedad, la depresión, la culpa y el estrés, entre otros.

A su vez, en otro estudio realizado a familias de pacientes fenilcetonúricos, cuyo autor es Kazak (1988), se presentaron datos que muestran que las familias de estos pacientes reportan que la cohesión y la adaptabilidad se ve disminuida por la crisis que representa el diagnóstico de fenilcetonuria.

Thompson (1993), por su parte, demuestra que en el estudio de los padres de niños con D.M.D., la mayoría de las parejas presentó un pobre ajuste a los acontecimientos que se encontraban viviendo. También se encontró que hay una elevación de la disfunción familiar y la depresión es un elemento constante en las parejas con esta problemática; así mismo, la ansiedad es un denominador común cuando se tiene un hijo en estas circunstancias.

Como se puede apreciar, las reacciones emocionales descritas por estos autores, derivadas de sus investigaciones, tienen una significativa relación y similitud con los hallazgos observados en este trabajo, por lo cual, podemos afirmar que la culpa, la ansiedad, el miedo, la depresión y la falta de cohesión familiar, son aspectos que ilustran acerca de los efectos que se desprenden de una situación de crisis como la que aquí se ha reportado y hablan de la necesidad de proporcionar un manejo psicoterapéutico a las parejas de manera oportuna, buscando la recuperación del equilibrio emocional deteriorado.

En lo que se refiere al ajuste, el enfrentamiento y el funcionamiento familiar, Barbarin en 1985, plantea que las parejas de padres de niños con cáncer han reportado que los sentimientos que de la condición de sus hijos se desprende, bien puede tomar una dirección positiva, lo cual se encuentra relacionado estrechamente con el apoyo que cada miembro de la pareja se dispone a brindar al otro. A partir de lo anterior, se pudo observar que la calidad de vida de estas parejas se consideró buena, aún cuando la situación crítica se encontraba presente. En esta ocasión puede observarse una reacción diametralmente opuesta a lo anteriormente afirmado, sin embargo, con base en la literatura y los resultados obtenidos de esta investigación, se puede apreciar que, lamentablemente, esta condición no es frecuente.

En los casos antes referidos, en que la presencia de un hijo con un padecimiento físico provocaba uno o varios desajustes y trastornos emocionales, así como en la experiencia grupal se palpa la necesidad de realizar un manejo psicoterapéutico oportuno, lo cual es una situación corroborada por los estudios realizados por Soderstrom en 1992, quien en sus investigaciones con familias en las cuales existía un miembro con una lesión cerebral traumática, tratados a través de la teoría de relaciones objetales y análisis transaccional demostraron tener una mejoría en lo que se refiere a la armonía familiar. De la misma manera, se trabajó con familias de adolescentes con adicciones a sustancias tóxicas. Se brindaron tratamientos bajo los lineamientos de terapia familiar conductual y sesiones de apoyo, encontrándose que, la ansiedad que despertaba este hecho, se vaía considerablemente disminuida una vez recibido el tratamiento.

Como ya se ha relatado, la depresión y la ansiedad son las respuestas más comúnmente presentes en aquellas parejas cuyos hijos padecen enfermedades tales como la D.M.D., lo cual nos indica que se debe tomar en cuenta la posibilidad de brindar tratamiento psicoterapéutico lo más oportunamente posible, con la finalidad de llevar a estas parejas alivio en los momentos de crisis y también en el momento dado, tratar de evitar desórdenes más severos, que les hagan difícil la aceptación del hijo discapacitado y la intervención dinámica en el tratamiento del paciente.

Los resultados obtenidos a partir del manejo de la P.B.I.U., llevan a concluir que hay una coincidencia importante de los datos encontrados en la literatura que ya fueron mencionados (Asato, 1990; Gande, 1989; Holroyd, 1979; Kazak, 1988; y Thompson, 1992), donde se hace referencia a que las familias de niños con enfermedades de tipo crónico presentan desórdenes psicológicos tales como la ansiedad y la depresión en la mayoría de los casos.

También fue posible constatar que el tratamiento recibido fue beneficioso, ya que se registró un decremento de estos dos trastornos de manera significativa estadísticamente, como en el caso de los pacientes estudiados por Soderstrom (1992).

A partir de todo lo que aquí se ha mencionado, se considera que la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia es una herramienta útil en el tratamiento de la ansiedad y la depresión en las parejas de padres de niños con diagnóstico de D.M.D., lo cual lleva a pensar que su utilidad puede ser extendida para poder brindar un tratamiento efectivo a otro tipo de parejas: familiares de pacientes oncológicos, leucémicos y otra patologías incapacitantes.

Es importante resaltar que esta investigación fue posible gracias al apoyo brindado por el Instituto Nacional de Pediatría y que fue de vital ayuda el hecho de que para estos fines proporcionara un espacio en sus instalaciones y asesorías tanto en lo que se refiere a lo metodológico como al aspecto psicoterapéutico.

Así mismo, es importante agradecer de manera amplia a todas aquellas parejas de padres de niños con diagnóstico de D.M.D., por su valiosa cooperación en el transcurso de esta investigación, ya que sin su disponibilidad, este trabajo no hubiera sido posible.

LIMITACIONES

Como en todos los trabajos de investigación, nos hemos tenido que enfrentar con factores metodológicos que constituyen limitaciones para el propio estudio, éste no ha sido la excepción y a continuación se enlistan algunas:

- *La principal limitación del presente trabajo se encuentra representada por el tamaño de la muestra, la cual es pequeña debido a que, a pesar de que el estudio se realizó en un hospital de concentración, el número de pacientes que cubrieron todos los criterios de inclusión fue mínimo. La gran mayoría de estos pacientes son foráneos, por lo que no se encuentran en posibilidad de trasladarse semanalmente al I.N.P. para recibir el tratamiento.*
- *Otra limitación podría estar representada por la ausencia de un seguimiento posterior a mediano o largo plazo que ayude a la evaluación de la permanencia de los logros alcanzados por la psicoterapia durante el tratamiento.*
- *Es también importante incluir en este apartado a la técnica de intervención, ya que tiene objetivos y tiempo limitados, lo que de alguna manera permite la resolución de la crisis, pero en la mayoría de los casos no brinda la posibilidad de pretender dar solución a problemáticas más profundas en el paciente.*
- *Es posible incluir dentro de las limitaciones el hecho de que resultó imposible evaluar las repercusiones que el tratamiento en pareja generó a nivel familiar.*

SUGERENCIAS

De todo el material presentado en esta investigación y de los resultados que de ella se derivan, bien pueden desprenderse sugerencias cuyo valor podría tomarse en cuenta para posteriores trabajos.

A continuación, se hace referencia a algunas de ellas:

- *Sería interesante evaluar los resultados que pudieran obtenerse empleando este tipo de manejo en grupos de parejas.*
- *Podría realizarse un manejo con esta población, pero en estudios longitudinales.*
- *También podría trabajarse con pacientes que presentan esta misma problemática, pero que sólo tienen un padre.*
- *Los resultados favorables de esta investigación, llevan a pensar que la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia podría emplearse a nivel institucional con parejas de niños con otros padecimientos tales como los oncológicos.*
- *Resultaría interesante investigar las posibilidades del tratamiento en diferentes periodos de la enfermedad. (Diagnóstico, pérdida de la marcha, muerte).*

ANEXO A

S I N T O M A S	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA- MENTE
1. Me siento abatido y melancólico				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5. Como igual que antes solía hacerlo				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10. Me canso sin hacer nada				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanzas en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas				

Paciente: _____	Fecha: _____
Dr.: _____	
Diagnóstico: _____	Total calif. básica

_____	Total índice AMD

1	2	3	4
4	3	2	1
1	2	3	4
1	2	3	4
4	3	1	1
4	3	2	1
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1

CALIF. BASICA	INDICE AMD	CALIF. BASICA	INDICE AMD	CALIF. BASICA	INDICE AMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

TABLA: para convertir la calificación
básica al índice AMD

ANEXO B

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	⊙	⊙	⊙	⊙
22. Me canso rápidamente	⊙	⊙	⊙	⊙
23. Siento ganas de llorar	⊙	⊙	⊙	⊙
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	⊙	⊙	⊙	⊙
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	⊙	⊙	⊙	⊙
26. Me siento descansado	⊙	⊙	⊙	⊙
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	⊙	⊙	⊙	⊙
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	⊙	⊙	⊙	⊙
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	⊙	⊙	⊙	⊙
30. Soy feliz	⊙	⊙	⊙	⊙
31. Tomo las cosas muy a pecho	⊙	⊙	⊙	⊙
32. Me falta confianza en mí mismo	⊙	⊙	⊙	⊙
33. Me siento seguro	⊙	⊙	⊙	⊙
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	⊙	⊙	⊙	⊙
35. Me siento melancólico	⊙	⊙	⊙	⊙
36. Me siento satisfecho	⊙	⊙	⊙	⊙
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	⊙	⊙	⊙	⊙
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	⊙	⊙	⊙	⊙
39. Soy una persona estable	⊙	⊙	⊙	⊙
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	⊙	⊙	⊙	⊙

IDARE

CLAVE DE CALIFICACION

Forma SXR

	CASI SIEMPRE	A MENUDO	A VECES	CASI NUNCA
21.	4	3	2	1
22.	1	2	3	4
23.	1	2	3	4
24.	1	2	3	4
25.	1	2	3	4
26.	4	3	2	1
27.	4	3	2	1
28.	1	2	3	4
29.	1	2	3	4
30.	4	3	2	1
31.	1	2	3	4
32.	1	2	3	4
33.	4	3	2	1
34.	1	2	3	4
35.	1	2	3	4
36.	4	3	2	1
37.	1	2	3	4
38.	1	2	3	4
39.	4	3	2	1
40.	1	2	3	4

IDARE

CLAVE DE CALIFICACION

Forma SXE

	CASI NADA	ALGO	MODERADO	MUCHO
1.	4	3	2	1
2.	4	3	2	1
3.	1	2	3	4
4.	1	2	3	4
5.	4	3	2	1
6.	1	2	3	4
7.	1	2	3	4
8.	4	3	2	1
9.	1	2	3	4
10.	4	3	2	1
11.	4	3	2	1
12.	1	2	3	4
13.	1	2	3	4
14.	1	2	3	4
15.	4	3	2	1
16.	4	3	2	1
17.	1	2	3	4
18.	1	2	3	4
19.	4	3	2	1
20.	4	3	2	1



311 H.2

© El Manual Moderno, S.A., 1975

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema de recuperación o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc., sin permiso por escrito de la editorial.



All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without permission in writing from the publisher.

BIBLIOGRAFIA

Ajuriaguerra, J. (1983) Manual de psiquiatría infantil. Masson Toray, Barcelona.

Asato, B.M. (1990) La depresión en el paciente oncológico y su correlación con el dolor. Tesis, U.N.A.M., México.

Barbarin, O., Diane, H., Mark, A. (1985) Stress, coping and functioning marital among parents of children with cancer. Journal of Marriage and Family. May 473-480.

Bellak, L. y Siegal, H. (1986) Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Manual Moderno, México.

Bellak, L. y Small, L. (1977) Psicoterapia breve y de urgencia. Ed. Pax.

Biggs, J.T. (1978) Validity of the Zung self-rating scale. British Journal of Psychiatry, England 1978, Vol. 132, 381-385.

Campbell, D. y Stanley, J. (1984) Diseños experimentales y cuasixperimentales en la investigación social. Amorrurtu Editores, Buenos Aires.

Castilla del Pino, C. (1984) Introducción a la psiquiatría tomos I y II. Colección Alianza, España.

Conde López, V. y De Esteban Chamorro, T. (1975) Fiabilidad de la escala de medición de la depresión de Zung. Revista de Psicología General y Aplicada, España, Vol. 30 (36), 903-913.

De la Fuente, M.R. (1974) Psicología Médica. Fondo de Cultura Económica, México.

Eustace, J. (1986) Hacia un enfoque terapéutico con niños enfermos renales y sus familias. Tesis posgrado, U.N.A.M., México.

Fiorini, H. (1980) Teoría y técnica de las psicoterapias. Ediciones Nueva Visión.

Fitzpatrick, C., Barry, C. y Garvey, C. (1986) Psychiatric disorder among boys with Duchenne muscular dystrophy.

Developmental Medicine and Child Neurology, 18, 589-595.

Gande, M., Villagómez, M. y Hernández R. (1989) Estudio comparativo de la relación de pareja y actitud hacia la condición incapacitante de los hijos de padres (padre-madre) de niños física y mentalmente incapacitados y padres (padre-madre) de niños no incapacitados. Tesis U.N.A.M., México.

Gullford, J. (1984) Estadística aplicada a la investigación y a la educación. Ed. McGraw Hill.

Holroyd, J. y Guthrie, D. (1986). Family stress with chronic childhood illness: Cystic fibrosis, neuromuscular disease an renal disease. *Journal of Clinical Psychology*, July Vol. 42, No. 4, 552-561.

Holroyd, J. y Guthrie, D. (1979) Stress in families of children with neuromuscular disease. *Journal of Clinical Psychology*, October Vol. 35, No. 4, 734-739.

Iannaccone, S.T. (1992) Estado actual de la Distrofia Muscular de Duchenne. *Clinicas Pediátricas de Norteamérica*.

Kazak, A.E. (1989) Families of chronically ill children: A systems and social ecological model of adaptation and challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 57, No. 1 25-30.

Kazak, A., Reber, M. y Snitzer, K. (1988) Childhood chronic disease and family functioning: A study of phenylketonuria. *Pediatrics* Vo. 82, No. 2, February 224-230.

Kesselman, H. (1977) Psicoterapia breve. Ed. Fundamentos, Madrid.

Knobel, M. (1987) Psicoterapia breve. Ed. Paidós, México.

Loredo, A.A. (1985) Medicina Interna Pediátrica. Ed. Interamericana.

Noyes, A.P. y Kolb, L.C. (1961) Psiquiatría clínica moderna. La Prensa Médica Mexicana.

Perrin, J.M. e Ireys H.T. (1984) The organization of services for chronically ill children and their families. *Pediatric Clinics of North America*, Vol. 31, No. 1, February 235-257.

Rudolph, A.M. (1987) Pediatrics II. Ed. Appleton y Lange.

Small, A.M. (1978) Psicoterapias breves. Gráficas Instar, S.A., España.

Slaikew, K. (1988) Intervención en crisis. Ed. Manual Moderno, México.

Soderstrom, S. (1992) Family stress with chronic childhood illness. *Journal of Clinical Psychology*, July, Vol. 42, No. 4, 552-561.

Thompson, R.J. y Seman, J. (1992) The role of parents stress and coping and family functioning in parent and child adjustment to Duchenne muscular dystrophy. Journal of Clinical Psychology, January, Vol. 48, No. 1, 11-19.

Wolberg, L.R. (1954) The technique of Psychotherapy; Nueva York, Grune y Stratton.

Zimmermann, D. (1982) Planeamiento em Psicoterapia Dinâmica; Rev. Psiq. R. G. Sul, Porto Alegre, 4 (3); 251-263.