

01921  
220

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**INFLUENCIA DE LA DEPRESION MATERNA EN LA  
REHABILITACION DE UN HIJO CON PARALISIS CEREBRAL.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

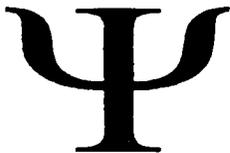
**P R E S E N T A :**

**KARLA SALGADO DE LA TEJA**

**DIRECTOR DE TESIS. MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ  
REVISOR: DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ  
ASESOR ESTADISTICO: LIC. FABIAN MARTINEZ SILVA**

**MEXICO, D. F.,**

**2003**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**1**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

*A mis padres: Guillermina y Ricardo, por darme la vida y estar siempre conmigo, por ser mi mayor motivación y ayudarme a ser lo que hoy soy.*

*A mis hermanos: Ale y Ricardo, por todo su cariño, comprensión y su compañía en la aventura de la vida.*

*A mis abuelos: Elisa y Guillermo q.e.p.d. por impulsarme a seguir adelante e inculcarme el gusto por el estudio, por su cariño y sus consejos.*

*A todos mis tíos y primos por su ejemplo y su apoyo incondicional.*

*A cada uno de los amigos que me han rodeado de cariño y me han brindado su apoyo e impulsado a seguir adelante.*

*Ara, Vero, Gina: Gracias por todos los momentos difíciles y divertidos, por las horas de estudio y por todo lo que compartimos durante estos años de formación académica.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## AGRADECIMIENTOS

*A APAC. I.A.P. por abrirme las puertas para lograr este trabajo y por brindarme la oportunidad de crecer profesionalmente.*

*A la Lic. Judith Murillo por su orientación y su ayuda.*

*Lic. Ivonne Solís: Gracias por creer en mí y brindarme la oportunidad de continuar con esta labor social.*

*A la Lic. Irma García por todas las facilidades para llevar a cabo esta investigación.*

*Gracias a todo el personal del Centro de Estimulación Temprana, a las madres de familia y a los alumnos que asisten a dicho centro por su confianza.*

*A la Escuela John F. Kennedy por las facilidades otorgadas para la realización de este estudio.*

*A la maestra Leticia Zanella por su confianza y apoyo.*

*Lic. Miriam Boites: Gracias por tu interés y ayuda para concluir esta investigación.*

*A la maestra Blanca E. Mancilla por orientarme en la realización de este proyecto.*

*Al doctor José de Jesús González Núñez por sus recomendaciones para perfeccionar este trabajo.*

*Al licenciado Fabián Martínez Silva por su asesoría.*

*Y al resto del jurado: Lic. Alma Mireia López-Arce, Lic. Ma. Eugenia Gutiérrez Ordóñez y a la Lic. Maritza Martínez por sus comentarios que enriquecieron esta investigación.*

4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ÍNDICE

	Página
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
I. ASPECTOS GENERALES DE LA PARÁLISIS CEREBRAL	1
1.1 Antecedentes	2
1.2 Etiología	3
1.3 Tipos de Parálisis Cerebral	5
1.4 Problemas Asociados a la Parálisis Cerebral	7
1.5 Desarrollo de la Parálisis Cerebral	8
1.6 Imagen Corporal	11
1.7 Información Estadística	13
II. ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESIÓN	14
2.1 Antecedentes	15
2.2 Causas de la Depresión Según Diferentes Escuelas Psicológicas	17
2.2.1 Teoría Psicoanalítica	17
2.2.2 Teoría Interpersonal y Cultural	22
2.2.3 Teoría Existencialista	23
2.2.4 Teoría Cognoscitiva	24
2.2.5 Teoría Conductista	25
2.2.6 Enfoque Fisiológico	25
2.3 Tipos de Depresión	26
2.3.1 Depresión Endógena	26
2.3.2 Depresión Exógena	28
2.4 Clasificación de la Depresión	30
2.5 Duelo y Depresión	32

	Página
III. DEPRESIÓN Y PARÁLISIS CEREBRAL:	
CONSIDERACIONES EN TORNO A LA FAMILIA	34
3.1 Participación de las Madres en la Rehabilitación del Paralítico Cerebral	42
IV. MÉTODO	45
4.1 Justificación	45
4.2 Planteamiento del Problema	45
4.3 Objetivos Generales	46
4.4 Hipótesis	46
4.5 Variables	47
4.6 Sujetos	48
4.7 Muestreo	48
4.8 Escenario	49
4.9 Tipo de Estudio	49
4.10 Diseño Estadístico	49
4.11 Instrumentos	50
4.12 Procedimiento	55
V. RESULTADOS	57
VI. DISCUSIÓN	66
VII. CONCLUSIÓN	70
LIMITACIONES	76
SUGERENCIAS	76
REFERENCIAS	79
ANEXOS	82

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

El diagnóstico de parálisis cerebral provoca en la familia un desequilibrio emocional, social y económico que se traduce en sentimientos de angustia, culpa, depresión, aislamiento, etc. El presente estudio fue de tipo exploratorio, comparativo, transversal y ex post facto. Con la finalidad de conocer si existen elementos depresivos en las madres que tienen hijos paráliticos cerebrales y cómo influyen éstos en la rehabilitación de los mismos, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD) a una muestra no probabilística de 120 sujetos: 60 madres de paráliticos cerebrales entre cero y cinco años y 60 madres de hijos sin necesidades especiales del mismo rango de edad. Los datos obtenidos se revisaron mediante el SPSS. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, dando como resultado diferencias estadísticamente significativas en la realización de la EAMD, pero no así en la aplicación del BDI. Finalmente mediante los datos obtenidos a partir de una entrevista semiestructurada se analizó cómo influye la depresión de las madres en la rehabilitación de sus hijos.

## INTRODUCCIÓN

El advenimiento de un nuevo ser en la familia representa un evento muy significativo que provoca una serie de movimientos en la estructura familiar. Cuando la pareja recibe la noticia de que pronto serán padres realizan proyectos a futuro y se forjan una serie de expectativas alrededor del nuevo ser, sin considerar, en la mayoría de los casos, la posibilidad de que puedan tener un hijo algo menos que perfecto, por lo que, al enterarse de la discapacidad del niño vienen las desilusiones y se generan sentimientos de pérdida de autoestima, angustia y culpabilidad (Peláez, 1982). Las ilusiones y los proyectos que se tenían con la criatura se ven derrumbados ante el diagnóstico del médico, y al no responder a las expectativas antes planteadas, el hijo crea en mayor o menor grado, una decepción, que, en muchos casos, constituye una fuente de rechazo por parte de los progenitores.

La parálisis cerebral es una discapacidad que tiene como consecuencias anormalidades en la postura y en el movimiento, pero también trae consigo efectos psicológicos que no solo se manifiestan en el niño, sino que se hacen extensivos a toda la familia, principalmente a los padres quienes tienen que enfrentarse a una doble exigencia: apoyar al hijo deficiente y, por otra parte, resolver sus conflictos personales, sin embargo, en numerosas ocasiones evaden los conflictos propios y ven al hijo discapacitado como una carga.

Al conocer el diagnóstico de parálisis cerebral las reacciones de los padres varían según la historia de cada individuo, los patrones de conducta, el estilo de vida, etc., pero la gran mayoría pasa por una depresión que no siempre se resuelve satisfactoriamente, por lo que es importante hacer una evaluación con la finalidad de ayudarlos a superar adecuadamente el choque emocional producto del diagnóstico de su hijo, ayudarles a enfrentar la confusión, a reconocer que el miedo, el dolor y la impotencia son también parte de nosotros y a aceptar el desafío de aprender a vivir de otra manera. Es primordial que obtengan un conocimiento real del problema y a la vez que puedan participar activamente en la solución de éste, junto con la atención que reciba el niño en la institución especializada.

Como psicólogos podemos contribuir para mejorar la calidad de vida de las personas que tienen alguna discapacidad física o intelectual, pero para lograr este objetivo es imprescindible trabajar con la familia del discapacitado, principalmente con los padres, pues si ellos no se encuentran emocionalmente bien, le proporcionarán una deficiente y mal orientada atención a su hijo, lo cual limitará o impedirá su rehabilitación. Debe recordarse que si un niño con parálisis cerebral se atiende temprana, oportuna y eficazmente tiene posibilidades de incorporarse a una vida social y productiva. Los padres son factores esenciales en este esfuerzo de integración a favor de estos niños (Campero, C.M. y Lahud, R.: 1981).

## MARCO TEÓRICO

### CAPÍTULO I

#### ASPECTOS GENERALES DE LA PARÁLISIS CEREBRAL

El desarrollo psicomotor es un proceso continuo mediante el cual un niño adquiere habilidades gradualmente más complejas que le permiten interactuar cada vez más con las personas, los objetos y las situaciones de su medio ambiente; pero este proceso no siempre ocurre sin dificultades.

Gran parte del comportamiento del ser humano se manifiesta a través de movimientos y acciones de los músculos que son guiadas por el sistema nervioso central, pero en ocasiones, los movimientos o la postura no son controlados debido a que el sistema nervioso central se encuentra afectado.

La parálisis cerebral es una discapacidad que ocurre por una lesión en el cerebro inmaduro y en desarrollo. Esta lesión es irreversible, no progresiva que ocurre antes, durante o poco tiempo después del parto. Trae como consecuencias anormalidades de la postura, del movimiento y puede acompañarse de defectos perceptuales, visuales, auditivos y del lenguaje, así como debilidad mental y convulsiones (Campero, C.M. y Lahud, R.I.; 1981).

Para Bax (1964) la parálisis cerebral se define como un trastorno del movimiento y de la postura debido a un defecto o lesión en el cerebro inmaduro. La lesión cerebral no es progresiva y causa un deterioro variable de la coordinación de la acción muscular, con la resultante incapacidad del niño para mantener posturas normales y realizar movimientos normales. Este impedimento motor central se asocia con frecuencia con afectación del lenguaje, de la visión y la audición con diferentes tipos de alteraciones de la percepción, cierto grado de retardo mental y/o epilepsia.

Parálisis cerebral es la secuela de una agresión encefálica que se caracteriza primordialmente por un trastorno persistente, pero no invariable, del tono, de la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

postura y del movimiento, que aparece en la primera infancia y que no solo es directamente secundario a ésta lesión no evolutiva del encéfalo, sino debido también a la influencia que dicha lesión ejerce en la maduración neurológica (Barraquer, B., Corominas, V., Moguer, R., Ponces, V. y Torras, B.: 1966).

De acuerdo a las definiciones anteriores, la lesión afecta al cerebro inmaduro, interfiriendo con la maduración del sistema nervioso central, lo cual tiene consecuencias específicas en términos del tipo de parálisis cerebral que se desarrolla. Es una discapacidad que no tiene un componente genético, sino que más bien está relacionada a factores prenatales, perinatales y postnatales que afectan al niño hasta los dos o tres años.

Un niño con esta discapacidad puede adquirir muchas habilidades si su ambiente es apropiado, pero si su familia no le proporciona las oportunidades adecuadas, su discapacidad inicial, aunque sea leve, se puede convertir en un problema de desarrollo, o sea, en una restricción o deficiencia en sus capacidades para caminar, hablar, ver, oír, relacionarse con los demás, etc. Las consecuencias de tales desventajas y problemas de desarrollo pueden llegar al grado de incapacitarlo para la participación en actividades cotidianas de su familia y comunidad.

### 1.1 Antecedentes

La parálisis cerebral es definida por Little en 1861 (Farrera y Rozman, 1976) como un término que describe un grupo heterogéneo de casos en afectación del sistema nervioso central generalmente no progresiva.

Sir William Osler en 1889 (Farrera y Rozman, 1976), en el título de su monografía sobre "Tales Males", utilizó por primera vez el término "los paráliticos cerebrales".

A la parálisis cerebral se le ha definido de varias formas: Porsitan en 1950 (Harrison, 1975) afirma que es una condición caracterizada por parálisis, debilidad,

incoordinación o cualquier otra aberración de las funciones motoras causadas por una lesión en los centros del control motor del cerebro. Los Bobath en 1956 (Crickmay, 1984) la describen como un trastorno sensoriomotor, y señalan que se trata de un grupo de entidades nosológicas consiguientes a un desarrollo anormal del encéfalo o a una lesión encefálica. Westekle en 1961 señala que no es solo un tipo de trastorno neuromuscular, sino un grupo de trastornos que ocurren como consecuencia de un compromiso de áreas de control motor corticales o subcorticales. Fait en 1966 (Fanconi y Wilgren; 1975) caracteriza a la parálisis cerebral como una condición resultante de un daño cerebral que se manifiesta por varios tipos de incapacidades neuromusculares; incapacidades caracterizadas por un mal funcionamiento del control motor voluntario. Bleck en 1975 la describe como un desorden no progresivo del movimiento y la postura que se inicia en la niñez debido a un daño o a un mal funcionamiento del cerebro.

Por las definiciones que ofrecen diversos autores, se puede concluir que la parálisis cerebral es una alteración no progresiva del movimiento o función motora, resultado de la lesión o funcionamiento anómalo del sistema nervioso central que ocurre en la etapa prenatal, perinatal o durante la infancia temprana.

Además de las definiciones motoras, en algunos casos, se asocian a la parálisis cerebral deficiencias sensoriales auditivas y de lenguaje, dificultades en el aprendizaje, problemas de adaptación social, problemas en el desarrollo, y problemas emocionales y de la personalidad (Shahusprare, R.; 1972).

## 1.2 Etiología

Existen diferentes factores que ponen al niño en peligro de tener problemas en su desarrollo.

Los elementos etiológicos de la parálisis cerebral, según su momento de aparición, se pueden dividir en tres grupos:

- A) Prenatales
- B) Perinatales

### C) Postnatales

A) Los factores de riesgo en la etapa prenatal que podrían ocasionar parálisis cerebral que se han identificado hasta ahora son: infecciones de la madre que afecten el sistema nervioso del feto; intoxicaciones; desórdenes en el metabolismo durante el embarazo como la diabetes y la toxemia que se dan en los últimos tres meses de gestación y anomalías congénitas en el cerebro; la edad de los padres al momento de la concepción y aspectos físicos y mentales de la madre; anoxia fetal debido a un mal desarrollo de la placenta, hemorragias de la madre por herida, placenta previa, etc.; reacciones debidas a la incompatibilidad del factor RH; prematurés, nacimiento antes de los nueve meses de gestación o que el producto pese menos de dos kilos y medio.

B) En la etapa perinatal los factores de riesgo más comunes son la falta de oxígeno al nacer (hipoxia) debido al mal uso de analgésicos o anestésicos, neumonía congénita, funcionamiento deficiente del útero o parto prolongado por un conducto estrecho (sufrimiento fetal); el empleo inadecuado de los fórceps o presión de la cabeza, el tórax, etc. Y el estado de salud de la madre.

C) En la etapa postnatal, hasta los dos o tres años, la parálisis cerebral puede ser ocasionada por intoxicaciones, infecciones (meningitis, encefalitis y meningoencefalitis agudas de origen viral) y traumatismos craneales, fracturas en el cráneo o hemorragias en el cerebro debidas a algún accidente; anoxia cerebral; hemorragias cerebrales espontáneas debidas a accidentes vasculares; o por tumores cerebrales (Fait, Escambro, Aguirre, Montes de Oca, Fernández, Finherberg y Villarreal; 1976).

A nivel familiar, los insuficientes recursos económicos que impiden cubrir las necesidades básicas y a la vez provocan tensiones familiares; el hecho de tener numerosos hijos y a intervalos cortos (menos de dos años entre nacimientos) que reduce la posibilidad de atenderlos adecuadamente; y una pobre calidad en las relaciones interpersonales dentro de la familia que produce "un clima emocional negativo" o un ambiente de conflicto y rechazo pueden agravar el problema.

4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Así como existen factores que ponen en peligro el desarrollo del niño, también existen otros que favorecen su desarrollo. En éste proceso influyen a su vez la personalidad de los padres y su deseo inconsciente, aspectos que se manifiestan en actitudes hacia el hijo. Por ello, el tratamiento adecuado es vital, pues aunque el daño cerebral como causa no empeora, las manifestaciones o síntomas sí se agravan con el tiempo.

Podemos darnos cuenta de que existe un problema de este tipo si el niño en el primer año de su vida no levanta la cabeza, no mira a su alrededor, no extiende sus manos para asir un objeto, no adquiere coordinación ojo-mano o no se sienta ni explora su ambiente por medio del gateo.

### 1.3 Tipos de Parálisis Cerebral

Por el lugar de la lesión la parálisis cerebral puede clasificarse en:

- **Espástica:** La lesión se encuentra a nivel de los haces piramidales, es decir, están afectadas las vías motoras que descienden desde la corteza y rigen los movimientos voluntarios. Se caracteriza por el incremento en el tono muscular, lo que ocasiona contracciones involuntarias en masa de tipo flexor o extensor, dificultando o imposibilitando el movimiento voluntario. El paciente espástico tiene reflejo de extensión exagerado, por lo que responde a la estimulación pasiva con una vigorosa contracción muscular. Los movimientos normales están sustituidos por movimientos en grupo que involucran a todo el cuerpo, encontrándose generalmente todo el cuerpo estirado con las piernas en posición de tijera cuando el niño está acostado boca abajo. Frecuentemente los músculos pierden su elasticidad debido a que las diferentes partes del cuerpo se encuentran "duras o tensas" durante un tiempo prolongado. No hay un crecimiento normal en el niño debido a la presión anormal de los músculos sobre los huesos y articulaciones. Se le dificulta mucho o no pueden enderezar la cabeza ni sentarse. Sus movimientos son incordiándoos y están presentes movimientos anormales dependiendo de la posición en que se encuentre el niño. El lenguaje puede

ser casi imposible o producirse con gran esfuerzo, explosividad y falta de claridad. La mímica es rígida, inadecuada, deficiente y lenta y hay trastornos en la succión, deglución y en la respiración.

- **Atetósica:** La lesión se halla a nivel de los ganglios basales, y se manifiesta por la falta de equilibrio y coordinación; el tono muscular es subnormal y los movimientos son incontrolables. El niño cambia rápido y constantemente de la hipertonía a la hipotonía y viceversa; este cambio se nota en las piernas, tronco, brazos, cuello, cara, boca y lengua. Cuando el niño quiere hacer movimientos por él mismo, éstos son mal coordinados, dirigidos y bruscos. Además se presentan otros movimientos que él no puede controlar y le dificultan lo que quiere hacer. Estos movimientos pueden presentarse en las partes más cercanas al tronco como hombros y caderas o en las partes más alejadas como pies y manos. El niño alterna sus movimientos bruscos y mal orientados con las posturas rígidas como las del niño espástico, pero solo las mantiene por segundos. Cuando hace un movimiento se presentan otros en otras partes del cuerpo, por ejemplo, al mover una pierna presenta muecas y movimientos involuntarios en los brazos. Cuando está muy contento o algo le da mucho gusto su cuerpo se mueve todo y no lo pueden controlar. No puede mantener una misma posición por mucho tiempo. Estando boca arriba su cuerpo tiende a estar estirado; estando boca abajo tiende a estar doblado. Se encuentra afectada la respiración, alimentación y el lenguaje.
- **Atáxica:** La lesión se encuentra a nivel del cerebelo. En este tipo de parálisis los músculos del niño están un poco "aguaditos" (hipotónicos). No hay o están afectados el equilibrio y la coordinación. No puede controlar la dirección de sus movimientos ni calcular el tamaño de éstos. Sus movimientos voluntarios son amplios, no rítmicos e irregulares. Hay trastornos en la succión, deglución y en la respiración.
- **Mixta:** La lesión se encuentra en dos regiones de las antes mencionadas. Es muy frecuente que los tipos de parálisis cerebral no se presenten con sus características en forma pura, sino que existen combinaciones de éstas.

encontrándose por ejemplo espasticidad con atetosis, ataxia con atetosis, etc.

Por los miembros afectados la parálisis cerebral se clasifica en:

- **Monoplejía:** Se encuentra afectada una extremidad.
- **Paraplejía:** Involucra a las dos extremidades inferiores.
- **Hemiplejía:** Están afectados la pierna y el brazo del mismo lado.
- **Cuadriplejía:** Las cuatro extremidades están comprometidas.
- **Diplejía:** Las extremidades superiores están más afectadas que las inferiores.
- **Hemiplejía Doble:** Las extremidades inferiores se encuentran más afectadas que las superiores.

El sufijo "plejía" denota pérdida total del movimiento activo y/o sensibilidad de un músculo, de un grupo de ellos o de la totalidad de los músculos del cuerpo, por lo que, en el caso de parálisis cerebral, sería más adecuado emplear la terminación "paresia" que indica una disminución de la fuerza muscular y/o sensibilidad, con conservación de una cierta actividad voluntaria, vaya ésta seguida o no de movimiento (Barraquer, B., Corominas, V., Moguer, R., Ponces, V. y Torras, B.: 1966).

Por el grado de compromiso motor la parálisis cerebral puede ser:

- **Leve:** Cuando existe limitación para realizar las actividades de la vida diaria pero no afecta su escolaridad.
- **Moderada:** Si las actividades de la vida diaria se encuentran limitadas y su escolaridad es parcialmente afectada.
- **Severa:** Cuando las personas son incapaces de realizar las actividades de la vida diaria, su escolaridad es totalmente afectada, por lo que son personas totalmente dependientes.

#### 1.4 Problemas Asociados a la Parálisis Cerebral

Las complicaciones principales que acompañan a la parálisis cerebral son:

- **Epilepsia:** Del 25 al 30% aproximadamente de los niños con parálisis cerebral presentan epilepsia. Es más común en los cuadripléjicos que en otro tipo de parálisis cerebral (Campero, C. y Lahud, I.; 1981).
- **Defectos Visuales:** Se puede presentar poca agudeza visual, nistagmo, estrabismo, errores de refracción y otros defectos oculomotores.
- **Pérdida de la Audición:** Puede existir un grado parcial de pérdida auditiva, sobretudo en los atetósicos, en quienes la pérdida se refiere a sordera para los tonos agudos.
- **Defectos del Lenguaje:** El deficiente control de los músculos faciales y respiratorios, de la lengua o de los labios, producen defectos del lenguaje, que pueden ser desde leves defectos de la articulación hasta la ausencia completa del habla, limitando su comunicación a formas no verbales.

#### 1.5 Desarrollo de la Parálisis Cerebral

El desarrollo del niño se da en tres esferas principales: motora, intelectual y social. A través de la maduración neurológica y el contacto con el medio ambiente, el niño logra desarrollar distintas capacidades tendientes al conocimiento del mundo, manejo de los objetos y situaciones, así como a la solución de problemas. En estas actividades confluyen el movimiento del cuerpo, la formación de estructuras cognoscitivas y la interacción social, de tal manera que existe un intercambio del niño con el medio ambiente.

El desarrollo normal de la motricidad es el despliegue gradual de las aptitudes latentes del niño. Este proceso avanza a través de muchos años, sin embargo, los cambios más grandes y acelerados ocurren en los primeros 18 meses de vida, pero el niño paralítico cerebral se desarrolla con más lentitud; su desarrollo no solo se retarda, sino que sigue causas anormales, incluso en los casos más severos, en los que el compromiso motor toma todo el cuerpo, el cambio puede ser escaso o nulo por largo tiempo, o el desarrollo puede detenerse por completo en una etapa muy

temprana (Bobath, B., Bobath, K.; 1976). Además, mientras los patrones motores del niño normal se modifican con mayor celeridad y profundidad hasta los cinco años mas o menos, las actividades del paralítico cerebral pueden persistir hasta la adolescencia y también después.

Todos los niños con parálisis cerebral cumplen sus etapas más tarde de lo normal, sin importar su inteligencia y grado de desenvolvimiento, y tarde o temprano, según la severidad de cada caso en particular, a este retardo de la maduración se suma una desviación con respecto al desarrollo normal, que se manifiesta con actividades motoras anormales que se evidencian cuando el niño acrecienta su actividad, es decir, cuando intenta sentarse, usar sus brazos y sus manos, traccionar para sentarse o caminar venciendo sus dificultades físicas. El niño trata de funcionar con un conjunto inadecuado de patrones motores, compensando con las partes de su cuerpo menos afectadas o intactas.

El desarrollo del niño normal es bien conocido y se puede prever con bastante exactitud. Los patrones de movimiento normales primitivos indicarían estado patológico si se los ensaya uno por uno sin relacionarlos con otras actividades pertenecientes a la misma etapa del desarrollo, algunas de las cuales pueden faltar. Si se combinan con un tono postural anormal, como hipertonia, hipotonía o tono fluctuante; o si los patrones, en apariencia normales, son estereotipados y limitados en contraste con la gran variabilidad de movimientos que despliega el niño normal.

En la mayoría de los casos de espasticidad, ésta se instala poco a poco a medida que el niño madura y empieza a reaccionar frente a su desarrollo. Los niños que no exhiben espasticidad ni rigidez al principio, conservan un tono postural bastante normal en los primeros cuatro meses de vida. La hipertonia se instala con lentitud y la actividad refleja tónica va en aumento, lo cual contrasta con el niño normal, en que la influencia ocasional de los reflejos tónicos asimétricos desaparece hacia el cuarto mes.

En el niño normal, la actividad extensora en decúbito ventral se desarrolla desde la cabeza hacia abajo, hasta que, hacia los cinco meses, sus caderas y rodillas están extendidas por completo en decúbito ventral. En el niño con parálisis

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

cerebral la espasticidad flexora del tronco y los brazos le impide levantar la cabeza y extender la columna y las caderas.

A menos que se le sostenga sentado, el niño espástico permanece tendido de espalda. Poco a poco las piernas se extienden con aducción (rotación interna) y plantiflexión de los tobillos y dedos. Cuando se hace que el niño se ponga de pie sostenido, la espasticidad extensora de los tobillos y dedos aumenta todavía más.

En general podría considerarse que el progreso del niño espástico alcanza su máximo antes de los 6 u 8 años de edad, mientras que en el niño atetoide y atáxico el progreso de etapa en etapa puede continuar hasta los 15 años o más.

En la parálisis cerebral atetoide el tono postural antigravitacional es muy débil y se observa escaso movimiento espontáneo. Hay grandes problemas de alimentación y muchas veces respiración anormal. Su boca pende abierta y su prensión es débil o imposible. A menudo sus extremidades inferiores exhiben un patrón flexor primitivo exagerado y están en excesiva abducción. No puede extender los brazos para asir objetos. No rola desde el decúbito dorsal hacia el ventral, no levanta la cabeza, no se sostiene sobre los antebrazos ni reptar sobre el vientre. Al sentar al niño atetoide cae hacia delante, colapsándose a nivel de las caderas y si se lo sostiene, tiende a empujar hacia atrás o cae de costado.

El ponerse de pie se logra muy tarde, inclusive en niños inteligentes que tienen las piernas menos afectadas que el tronco y las extremidades superiores. Muchos niños atetoides no consiguen estar de pie siquiera y, como casi siempre permanecen sentados, son propensos a las deformidades flexoras de las caderas y rodillas. La mayor dificultad para ponerse de pie es su incapacidad para valerse de las manos para traccionar hasta conseguir pararse tomándose de un sostén. El equilibrio de pie es dificultoso y solo se adquiere después de mucho tiempo. La marcha sin ayuda también se inicia muy tarde y solo llegan a esta etapa los niños con problemas moderados o leves.

Es importante conocer las secuencias del desarrollo motor anormal para anticipar su ocurrencia en los niños de muy corta edad. Además, de este modo se

captan mejor los primeros signos de comportamiento postural anormal y se reconocen sus proyecciones para futuras actividades del niño y la posible instalación de contracturas y deformidades. Este conocimiento habrá de contribuir a planificar el tratamiento con miras a prevenir las anomalías, en lugar de intentar corregirlas después que ocurrieron, y también a evitar todo futuro deterioro.

### 1.6 Imagen Corporal

El esquema corporal es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto con el mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también nuestras sensaciones cenestésicas.

Afecciones orgánicas precoces pueden provocar trastornos del esquema corporal y pueden acarrear modificaciones pasajeras o definitivas de la imagen del cuerpo.

El aspecto físico de las personas afectadas por parálisis cerebral se encuentra alterado por deformidades, ortosis y otros indicadores que los sitúan como entes extraños dentro de la sociedad. Su forma de hablar es nasal, palatal o inteligible; su postura o forma de andar son estereotipadas o incoordinadas y quizás también tengan problemas auditivos. El aspecto físico y la discapacidad del niño limitan su participación o actividad, pues se juzgan de acuerdo a su apariencia externa que atrae la atención hacia el propio cuerpo, fomentando así el inadecuado concepto de sí mismo. (López-Arce, A.; 1997).

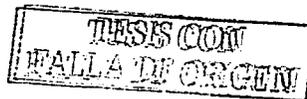
Dolto menciona que aun cuando éstos niños no recuperen un esquema corporal sano, íntegro desde el punto de vista motor y neurológico, su invalidez puede no afectar su imagen del cuerpo. Para ello es preciso que, hasta la aparición de la discapacidad, en el curso de ésta y durante la reeducación, su relación con la madre y con el entorno humano haya sido flexible y satisfactoria, sin excesiva angustia por parte de los padres, una relación adaptada a sus necesidades, de las que hay que hablar siempre como si los propios niños pudieran satisfacerlas.

aunque la afección muscular los haya incapacitado para ello. Mediante este juego verbal el niño proyecta una imagen sana del cuerpo, representada mediante la palabra y las representaciones gráficas. La evolución sana, simbolizada por una imagen del cuerpo no inválida depende de la relación emocional de los padres con su persona y de que éstos hayan aceptado o no la invalidez del cuerpo de su hijo.

La no estructuración de la imagen del cuerpo se debe en gran parte al hecho de que los padres, al no obtener las respuestas esperadas según la edad de su hijo, ya no intentan comunicarse con él de otra manera que mediante un cuerpo a cuerpo dirigido solo a satisfacer las necesidades y abandonan su humanización.

El niño con parálisis cerebral tiene las mismas necesidades emocionales y sociales de cualquier niño. Necesita amor pero no mimos, cuidados pero no consentimientos, y ante todo, oportunidades para desenvolverse, ser dueño de sí mismo y alcanzar el crecimiento integral como persona. La familia, principalmente los padres, pueden motivarlo, estimularlo e interesarlo y así, dentro de todo este proceso, él irá creciendo y mejorando interna y externamente. Es necesario afrontar la situación de un modo en que la dependencia física y emocional hacia los padres vaya disminuyendo a medida que el niño evoluciona. Para lograr esto hay que tratar de desenvolver desde el principio parte de su vida independiente y a medida que el niño crece procurar que él también logre lo mismo; en todo esto conociéndolo, comprendiéndolo y aceptándolo como es.

Todo esto poco a poco va ayudando a desarrollar un sentimiento de perspectiva sobre su trastorno, a medida que crece va siendo capaz de contemplar su problemática con objetividad sin la necesidad de cerrar por completo sus horizontes, y a la vez va adquiriendo conciencia de sí mismo como persona dotada de inmensos potenciales para crecer en espíritu y facultades y a la vez ir entablando relaciones con otras personas a quienes enriquecer y quienes lo enriquezcan.



### 1.7 Información Estadística

En la actualidad la Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral I.A.P. (APAC) atiende alrededor de 25 000 personas con "capacidades diferentes" y a sus familias a través de diversos centros y programas, abarcando todas las edades a nivel nacional. Esta institución comprende desde educación inicial hasta media superior y de adultos con el objetivo de lograr el desarrollo integral de las personas con parálisis cerebral y otras con capacidades diferentes.

Existen 32 centros afiliados a nivel regional en la Cd. De México y zonas rurales, y 33 centros en el resto del territorio nacional.

En el Distrito Federal, APAC, en su centro de rehabilitación ubicado en la colonia Doctores, brinda atención a 1,133 personas con necesidades especiales distribuidas de la siguiente manera:

EDAD	HOMBRE	MUJER	TOTAL
0 a 5	140	110	250
6 a 10	120	111	231
11 a 15	74	74	148
16 a 20	103	66	169
21 a 25	48	31	79
26 a 30	43	25	68
31 a 35	25	28	53
36 a 40	20	15	35
41 a 45	11	11	22
46 a 50	4	9	13
51 a 55	0	11	11
56 a 60	2	10	12
Mas de 61	13	29	42
<b>TOTAL</b>	<b>603</b>	<b>530</b>	<b>1,133</b>

Cuadro 1. Población de APAC dividida por edad y sexo.

## CAPÍTULO II

### ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESIÓN

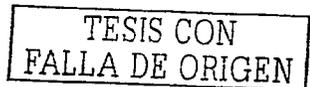
Una de las enfermedades más padecidas en la historia de la humanidad es la depresión, un fenómeno común que todos hemos padecido en circunstancias adversas. Clínicamente se caracteriza por una falta de deseo vital, por un intenso dolor de vivir, un retiro de los intereses del mundo externo, por la incapacidad para el goce y el amor, una autoestima sumamente empobrecida y una imagen de sí mismo castigada y reprochable. El mundo interno del depresivo grave está destruido, acabado y no existe la esperanza de la reparación. Predominan en él el abandono, la frustración y la hostilidad y para la persona deprimida la vida carece de sentido.

Bajo la denominación de depresión se designa habitualmente tanto al cuadro clínico caracterizado por la presencia de elementos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches y visión pesimista de la vida, como al estado afectivo de la tristeza. En este último sentido se suele decir que alguien está deprimido cuando se encuentra triste, aun cuando falten todos los otros elementos mencionados. Esta equiparación entre el síndrome y uno de los síntomas del mismo no es una mera confusión terminológica, sino que refleja una concepción causal en que la tristeza es considerada como el elemento que pone en marcha a los demás, que serían su consecuencia (Bleichmar, B.H.: 1991).

Debido a que el trastorno de los sentimientos es generalmente una característica sobresaliente de la depresión, en los últimos años se ha considerado a esta afectación como un "trastorno primario del estado de ánimo" o como un "trastorno afectivo".

Actualmente se puede definir la depresión por sus siguientes características:

1. Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad, apatía.
2. Un concepto negativo de sí mismo acompañado de autorreproches y autoinculpación.



3. Deseos regresivos y de autocastigo: deseo de escapar, esconderse o morir.
4. Trastornos vegetativos: anorexia, insomnio, disminución de la libido.
5. Cambios en el nivel de afectividad: retardo o agitación<sup>1</sup>

Frecuentemente se dice estar deprimido cuando se experimenta cualquier disminución del estado de ánimo habitual. Pocos especialistas están de acuerdo sobre la relación existente entre la depresión y los cambios del estado de ánimo que experimentan las personas normales, debido a que el término estado de ánimo se aplica generalmente a una gama de sentimientos que van desde el júbilo y la felicidad en un extremo, hasta la tristeza y la infelicidad en el otro. Por consiguiente, los sentimientos específicos que abarca ese término están directamente relacionados con la felicidad o la tristeza y generalmente no incluye estados subjetivos que, como la angustia o la ira, no pertenecen a la categoría de la felicidad-tristeza. Algunos autores (Hinsie y Campbell; 1960) opinan que todas las personas tienen fluctuaciones del estado de ánimo y que los individuos normales pueden tener horas o días "tristes". Esta opinión ha sido apoyada por estudios metódicos sobre las oscilaciones del estado de ánimo en sujetos normales (Wessman y Ricks; 1966).

## 2.1 Antecedentes

La depresión, como ningún otro desorden psiquiátrico o de la medicina en general, se remonta en su historia hasta los primeros registros escritos de la humanidad. En diversos personajes de antiguos mitos, así como en figuras bíblicas, se describen síntomas manifiestos que hoy serían clasificados como depresión.

La primera descripción clínica de la melancolía fue hecha por Hipócrates en el siglo IV a.C. quien acuñó el término melancolía para designar la atrabilis del individuo deprimido. Describió también variaciones similares a la manía y a la depresión (Jelliffe; 1931).

<sup>1</sup> Beck, A.T. (1976). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el siglo II, Plutarco hizo una descripción vivida y detallada de la melancolía:

Se considera a un hombre a quien los  
Dioses odian y persiguen con su ira. Y  
se enfrenta a algo mucho peor, no osa  
emplear ningún medio para evitar o  
remediar el mal, por temor a que lo  
culpen por luchar contra los dioses.<sup>2</sup>

Ya en las descripciones antiguas encontramos signos y síntomas que hoy se emplean para diagnosticar la depresión: alteración del estado de ánimo, autocastigo, conducta autodenigrante, deseo de morir, síntomas físicos y vegetativos y la creencia de haber cometido pecados imperdonables.

También en el siglo II, Areteo de Cappadocia formuló un cuadro más completo de éste desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y que poco tenía que ver con la atrabilis, la flema o los demás humores. Areteo consideró a la manía y a la depresión como parte de una única entidad nosológica; además, valorizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad.

Caelus Aurelianus decía que la ansiedad, el silencio, rechazo y hostilidad hacia la propia familia son los síntomas que preceden a la aparición de la melancolía, pero no vio la relación entre ésta y la manía. Es hasta el siglo XVII que Bonetus establece la conexión entre manía y melancolía, que equivale a lo que hoy se denomina estado maniaco-depresivo.

Durante la Edad Media hubo una gran variedad de formas para explicar la melancolía. Se pensaba que era causada por espíritus de origen divino, o que se debía a causas naturales tales como exceso de trabajo, de actividad sexual o de otros tipos.

En 1883, Emil Kraepelin distinguió cuatro subgrupos principales dentro de la psicosis maniaco-depresiva: estados depresivos, estados maniacos, estados mixtos

---

<sup>2</sup> Ibid.

y estados fundamentales, es decir, desórdenes del carácter experimentados entre, antes o en el lugar de los ataques maniaco-depresivos (Braceland; 1957).

En 1904 Adolf Meyer sugirió denominar "depresión" al desorden de la melancolía. Para él, el término melancolía daba un sello de certeza a un estado vago del que poco se sabía, por lo que sugirió llamar depresión a dicho desorden, por lo menos hasta que hubiera evidencias positivas de la enfermedad, como por ejemplo, patología cerebral.

La identificación precisa de los cuadros depresivos se dio hasta principios del siglo pasado, y es entonces que se habla de dos diferentes clases de depresión: la endógena y la exógena o reactiva.

## 2.2 Causas de la Depresión Según Diferentes Escuelas Psicológicas

### 2.2.1 Teoría Psicoanalítica

En 1911 Karl Abraham publicó lo que puede considerarse la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión. En ese año la psiconeurosis era interpretada como consecuencia de una represión de la libido; de ahí que Abraham compara depresión con ansiedad, que también era vista como el resultado de instintos reprimidos y formula la siguiente diferenciación: mientras la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, que aun es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. Además en la depresión la búsqueda de satisfacción libidinal está tan profundamente reprimida que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar y desespera de nunca llegar a la intimidad emocional (Arieti, S. y Bemporad, J.; 1990).

Comienza por distinguir la semejanza entre individuos deprimidos y obsesivos; en ambos casos encuentra una profunda ambivalencia hacia los demás, en la cual, la búsqueda de amor está bloqueada por fuertes sentimientos de odio, que a su vez están reprimidos debido a la incapacidad del individuo de reconocer su extrema hostilidad. Al igual que el obsesivo, el paciente deprimido no puede desarrollarse

adecuadamente porque en él, amor y odio se interfieren constantemente. Las relaciones interpersonales del depresivo reflejan ese odio reprimido que está enraizado en la libido bloqueada. Además afirma que la culpa masiva del depresivo se debe a sus reales deseos destructivos que se mantienen inconscientes, y observa que algunos pacientes se enorgullecen de su culpa y gozan de sus autorreproches y el sufrimiento que les permiten concentrar todos sus pensamientos en sí mismos.

Abraham cree que la depresión puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual, a la etapa oral. La similitud entre ésta fase y la depresión se encuentra en la modalidad de la descarga libidinal, así como en una modalidad característica de vínculos objetales. Según él, el depresivo incorpora al objeto psíquico y el deseo de destruir a tal objeto oralmente explica dos de los principales síntomas de la depresión: la negativa a alimentarse (equiparación del alimento con el objeto de amor que el individuo teme que habrá de destruir) y el temor a morir de hambre (consecuencia del temor a concretar los deseos de destrucción oral).

Considera los siguientes factores predisponentes en la depresión: 1) un factor constitucional ligado con una excesiva acentuación del erotismo oral; 2) una especial fijación a nivel oral, expresada en la vida diaria por desproporcionadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actitudes orales (succión, alimentación); 3) un daño severo al narcisismo infantil producido por sucesivos desengaños amorosos que llevan al prototipo infantil de depresión denominado "paratimia primaria"; 4) aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edípicos hayan sido superados; 5) repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida. Y destaca la importancia de la ambivalencia, tanto hacia los demás como hacia el objeto incorporado (Arieti, et al.).

Freud (1917), en su obra "Duelo y Melancolía", menciona que el mecanismo básico de la melancolía es la introyección de un objeto perdido y la redirección de la ambivalencia, originalmente dirigida al objeto interiorizado, ahora parte inherente del yo.

El paciente delibera no acerca de la pérdida de un ser querido sino de sí mismo, específicamente sobre esos aspectos reales o imaginarios de él mismo que destruye su seguridad o su autoestima. Creía que la ira del paciente deprimido contra sí mismo estaba originalmente dirigida hacia otra persona que había sido simbólicamente incorporada a él mismo (introyectada) por una especie de proceso de identificación. Señala tres factores condicionantes para la melancolía:

- a) La pérdida del objeto.
- b) Un alto grado de ambivalencia.
- c) Una regresión libidinal en el Yo.

Aunque los tres factores son necesarios, solo el último es específico de la melancolía. Freud compara la melancolía con el fenómeno del duelo, señalando numerosas semejanzas, así como algunas diferencias esenciales: en ambos hay una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Sin embargo solo en la melancolía hay una disminución de la autoestima que da lugar a autoreproches y a expectativas irracionales de castigo. El melancólico tiene una noción vaga de la naturaleza de su pérdida y es incapaz de reconocer la causa de su abatimiento; aun cuando sabe quien es la persona perdida, no tiene claro que es lo que ha perdido con ella. Esta observación lo lleva a creer que se trata de una pérdida interna e inconsciente. También la disminución de la autoestima sugiere un empobrecimiento interno.

El estado afectivo de la tristeza se caracteriza por una disminución de la autoestima. Una persona ligeramente triste tiene necesidad de consuelo, lástima, suministros. Una persona triste se retira de los objetos y se hace narcisito al incorporar el objeto que no satisface. Cuando una persona pierde un objeto lo odia por haberla abandonado y trata de obligarlo, mediante violentos recursos mágicos, a compensarle su autoestima perdida; prosigue con tales intentos luego de introyectar en forma ambivalente al objeto y, en sus esfuerzos por disminuir sus sentimientos de culpa, en realidad los intensifica. La continuación de ésta lucha con el objeto introyectado, caracterizado por una elevada catexis, constituye la depresión.

Entonces la depresión es un intento desesperado de obligar a un objeto incorporado oralmente a conceder perdón, protección, amor y seguridad. Los elementos destructivos liberados por esta coerción crean ulteriores sentimientos de culpa y temores de represalia.

Otto Fenichel (1957) hace una diferenciación entre una depresión grave, que consiste en un estado al que es llevado un individuo oralmente dependiente cuando carece de suministros vitales, y la depresión leve, que consiste en una anticipación de ese estado con propósitos de premonición. Considera que hay depresiones neuróticas y depresiones psicóticas; se refiere a las primeras como intentos desesperados de obligar a un objeto a conceder los suministros vitalmente necesarios, mientras que el segundo tipo de depresión es una pérdida afectiva y completa que ya se ha producido realmente y los intentos de regulación se dirigen exclusivamente al superyó, pero más adelante se irán apareciendo las diferencias entre las depresiones neuróticas y las depresiones psicóticas.

Destaca la importancia de la oralidad en la depresión, indica que la pregenitalidad de los pacientes se exhibe ante todo en su orientación anal, donde el dinero juega un papel significativo, es decir, temor a la pérdida de dinero y poder, pero detrás de esta orientación resultan siempre visibles las tendencias propias de una fijación oral (Fenichel Otto; 1957), por lo que se marca como acontecimientos precipitantes de una depresión la pérdida de autoestima (fracasos, pérdida de prestigio o dinero, un estado de remordimiento) o una pérdida de suministros externos (desengaño en el amor o la muerte de un partenaire amoroso), que el paciente confiaba que había de asegurar o elevar su autoestima, o también pueden ser algunas tareas que el paciente debe realizar y que en forma objetiva o subjetivamente, siente en forma más clara su "inferioridad", incluso circunstancias que significarían un aumento de autoestima para una persona normal, pueden precipitar una depresión si se teme el éxito y se le percibe como una amenaza de castigo o represalia.

Cuando los pacientes tratan de influir sobre las personas de su entorno para que les devuelvan su autoestima perdida, tratan de cultivarlo con formas que caracterizan a los masoquistas, es decir, demuestran su desdicha y los culpan de

ser los causantes con lo que forzan su afecto, y que llegan a ser en ocasiones en forma de extorsión, esto se observa con más frecuencia en las depresiones neuróticas que en las psicóticas.

Identifica también los sentimientos de culpa, los cuales son resultado del constante y efectivo control de los impulsos.

El paciente depresivo es bastante ambivalente, tanto consigo mismo como con los objetos. En relación al objeto, los impulsos de amor (o de hacerse amar) son manifiestos, en tanto que el odio se oculta, sin embargo, en relación al propio yo resulta en forma inversa, es decir, el odio se manifiesta y la sobreestimación narcisista permanece oculta. Esto da como resultado que la hostilidad hacia los objetos frustradores sea desplazado hacia el propio yo, el odio resultante se presenta en forma de sentimiento de culpa, en otras palabras, hay una discordia entre el yo y el superyó.

Melanie Klein (1948) habla de dos etapas básicas del desarrollo durante el primer año de vida, a las que denomina posiciones. La primera es la posición esquizo-paranoide, en la cual, el bebé internaliza los objetos parciales como buenos y malos, temiendo que los malos destruyan a los primeros. La segunda posición es la deopresiva, que se produce entre el cuarto o quinto mes, cuando las facultades cognitivas del bebé han madurado lo suficiente como para permitirle empezar a percibir los objetos totales de la realidad que lo circunda. El bebé pasa por una crisis provocada por el temor de que la agresión, que ahora reconoce como propia, destruya los objetos buenos tanto externos como internos, y su temor se denomina ansiedad depresiva, es decir, el temor que tiene de haber sido él mismo el causante de la pérdida o destrucción de su sensación de bienestar (Bleichmar y Leiberman 1989).

Para Klein la depresión ocupa un lugar central en la psicopatología puesto que, a su juicio, subyace a muchos otros cuadros clínicos de la depresión proponiendo que en la "lucha interior" de los objetos internos, la depresión se experimenta cuando el yo se identifica con los sufrimientos de los objetos buenos sometidos a los ataques de los objetos malos y del ello. Vinculó también los

padecimientos del depresivo adulto con la culpa y el remordimiento que en su infancia experimentó debido al conflicto entre el amor y el odio incontrolables hacia sus objetos buenos. El factor que más predispone a la melancolía es, según Klein, la incapacidad del yo del niño de constituir buenos objetos de amor. Este fracaso determina una permanente vivencia de "maldad" que no se proyecta en el afuera, sino que queda incorporada a la imagen de sí mismo.

### 2.2.2 Teoría Interpersonal y Cultural

Los primeros trabajos que se ocuparon ampliamente de los factores no intrapsíquicos al investigar la depresión fueron dos publicaciones de Cohen y colaboradores (1949, 1954) sobre pacientes maniaco-depresivos, basadas en estudios realizados por la Escuela de Psiquiatría de Washington siguiendo una orientación predominantemente sullivaniana. Estos estudios toman en cuenta la atmósfera familiar en que crece el futuro individuo depresivo, el efecto del paciente sobre otras personas y las características generales de la personalidad depresiva. A juicio de estos investigadores, el factor más constante es una sensación interna de vacío y una permanente necesidad de apoyo que las figuras externas deben satisfacer. Esta dependencia de una figura externa para satisfacer necesidades internas es lo que predispone a un individuo a una descompensación clínica si se interrumpe el vínculo con la persona de quien depende. Cohen y sus colaboradores interpretaron el episodio depresivo como la manifestación externa del intento de recuperar a dicha persona. Cuando se desvanece la esperanza de reanudar el vínculo, la depresión avanza hacia un estado psicótico, a menos que sobrevenga una negación maniaca de la otra persona.

La corriente culturalista propone una interpretación de la depresión en la cual el acento esté puesto en la reacción a las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología produce en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales.

Adler (1961) menciona que el depresivo se esfuerza constantemente por afirmar su enfermedad para hacer prevalecer su voluntad por sobre los demás y obligarlos a sacrificarse, para frustrar todas sus tentativas de ayudarlo o culparlos

de una situación y liberarse de toda obligación y cooperación social (Arieti y Bemporad; 1978).

Afirma que estos individuos tratan de respaldarse siempre en los otros y no desdeñan el recurso de exagerar sus propias debilidades para forzar el apoyo, la adaptación y el sometimiento de los demás. Sugiere también que los melancólicos sufren una compensación de su incapacidad, con lo que quiere decir que al perseguir metas inalcanzables, los depresivos exageran los azares de la vida cotidiana y después culpan a los demás o a las circunstancias por la no consecución de dichas metas. De este modo el depresivo exhibe tanto el enojo que le provoca el no salirse con la suya, como su desprecio por los demás. Al desvalorizar al mundo y exagerar sus peligros compensa el hecho de no haber conseguido sus objetivos anhelados pero irrealizables.

### 2.2.3 Teoría Existencialista

Dentro de esta corriente se analiza el mundo fenomenológico del paciente sin recurrir excesivamente a conceptos no experienciales, como la dinámica inconsciente, ni a determinados hechos causales, como los factores hereditarios o los traumas infantiles. Es el examen del mundo tal y como lo intuye la conciencia activa, sin estructuras preconcebidas.

Arieti (1978), resumiendo algunos estudios existencialistas realizados por Le Mappian, Ey y Sommer, destaca la importancia de la distorsión temporal de la experiencia de la depresión: hay una exagerada preocupación por hechos del pasado que están constantemente presentes en la mente y que el individuo utiliza para torturarse con recriminaciones culposas. Esta teoría resalta los aspectos subjetivos del individuo, lo que viene a producir un padecimiento depresivo que debe estar fundamentado solamente en experiencias vividas por el sujeto, en lo que éste intuye, no en algo ya preconcebido.

Según Tellenbach, el mundo del depresivo está dominado por la disciplina, la escrupulosidad y una imperiosa necesidad de complacer a personas significativas; busca seguridad y evita situaciones que podrían provocarle culpa. Contradictoriamente, la exagerada escrupulosidad hace que se sienta muchas

veces obligado a imponerse demandas imposibles de cumplir con el fin de evitar los sentimientos de culpa. Cuando ya no tiene otras exigencias que imponerse surgen las manifestaciones clínicas de depresión.

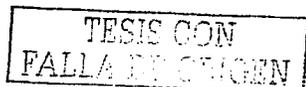
#### 2.2.4 Teoría Cognoscitiva

Según Beck, todas las formas de psicopatología presentan algún grado de desorden del pensamiento. Se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos consideraría una manera realista de pensar o de interpretar la realidad. A diferencia de las cogniciones normales, las de los depresivos están dominadas por procesos y contenidos idiosincráticos que determinan su respuesta afectiva.

Divide la conceptualización de los pacientes depresivos en la "tríada cognitiva": la persona deprimida ve su mundo, a sí mismo y su futuro de una manera negativa, aumentando así su depresión. La dificultad surge cuando se considera que la cognición es el factor primario que da lugar a la depresión.

Para Beck las experiencias que la persona tiene a lo largo de su vida activan patrones cognoscitivos que giran alrededor del tema de la pérdida. Los diversos fenómenos emocionales, motivacionales, de la conducta y vegetativos de la depresión fluyen a partir de estas autoevaluaciones negativas. Él acentuó los aspectos cognoscitivos de la depresión, sobre todo mecanismos cognoscitivos conscientes y simples, sin embargo, desestimó la importancia de las estructuras cognoscitivas inconscientes y la participación que le cabe al conflicto.

Beck (1988) menciona que durante la depresión se da un cambio en la manera de elaborar la información, lo cual conduce a una predisposición negativa para hacer observaciones. Surge una tendencia a sacar conclusiones rápidas, fragmentos de pruebas que conducen a un juicio repentino y se tiende a exagerar la manera de pensar. Menciona que la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica.



### 2.2.5 Teoría Conductista

En 1967 Seligman y Maier observaron que después de exponer a perros a una serie de estímulos dolorosos en una situación en que la salida es imposible, los animales ya no eludían los estímulos aun cuando se les posibilitaba la huida (desvalimiento aprendido). Aplicaron estos hallazgos a la depresión del ser humano u sugirieron que el manejo de las técnicas adaptativas que sirven para enfrentar situaciones dolorosas se halla bloqueado en el individuo depresivo, que aprende a ser indefenso. En base a esta teoría se halla la hipótesis de que el depresivo no ve relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe del ambiente. La experiencia de repetidas situaciones de prueba en las que el individuo probó que sus esfuerzos no le redituaban recompensa alguna, hace que este conjunto de actitudes aprendidas se generalice y quede internalizado como un rasgo de la personalidad.

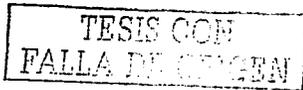
Moss y Boren (1972) encontraron que las dos condiciones más importantes asociadas con la depresión son el reforzamiento positivo insuficiente y el control aversivo.

### 2.2.6 Enfoque Fisiológico

La concepción bioquímica contemporánea de la depresión derivó de observaciones clínicas causales que más tarde fueron corroboradas por investigaciones realizadas en animales. Se determinó que la norepinefrina (NE) y la 5-hidroxitriptamina (5-HT) están específicamente vinculadas con la depresión. Se ha sugerido que el exceso de una o ambas aminas lleva a los estados maníacos, y su disminución provoca depresión.

Otro enfoque bioquímico se refiere al eje hipofiso-tiroideo. Prange y colaboradores (1969) observaron que la 1-triiodotironina estimula el efecto de la imipramina en las mujeres depresivas; así mismo Prange y Wilson (1972) notaron que la hormona liberadora de tirotrófina es en sí misma un eficaz antidepressivo.

Algunos investigadores creen que el litio altera la concentración iónica del sodio y del potasio en las membranas celulares de las neuronas, y retarda la



transmisión neuronal, "calmando" así al paciente maniaco. Esta hipótesis es cuestionable puesto que el litio resulta efectivo también en algunas formas de depresión.

### 2.3 Tipos de Depresión

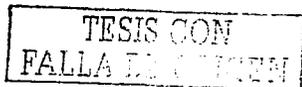
Muchos autores afirman que la depresión es independiente de circunstancias externas; sin embargo, para muchos otros la depresión es un estado endógeno.

En 1586 Timothy Bright escribió una monografía: "Melancholy and the Consciente of Sinne", en la que distinguía dos tipos distintos de depresión. Describió un tipo "en el que el peligro no es el cuerpo" y que requiere "la curación de la mente" (psicoterapia), y un segundo tipo en el que el "humor melancólico, engañando a las acciones orgánicas, trastorna a la mente" y requiere tratamiento físico.

Los términos endógeno y exógeno fueron ideados por el botánico suizo Agustín de Candolle (1816). El concepto fue introducido en la psiquiatría a finales del siglo XIX por el neuropsiquiatra alemán P.J. Moebius, quien llamó endógenos al grupo de los trastornos mentales que en ese tiempo se consideraba eran resultado de degeneración o por factores hereditarios (causas internas), y distinguió otro grupo de trastornos que "pel consideraba eran producidos por toxinas bacterianas, químicas y de otra naturaleza (causas externas), a los que llamó exógenos. La exclusividad de esta doctrina causó dificultades semánticas cuando, más tarde, hubo que modificar el concepto para incluir las causas sociales de la conducta anormal.

#### 2.3.1 Depresión Endógena

La depresión endógena ha sido atribuida a un agente tóxico, a un factor hormonal o a un trastorno metabólico (Crichton-Miller, 1930; Boyle, 1930).



Su independencia de los estímulos ambientales externos fue considerada una característica esencial. El papel de la herencia en las depresiones endógenas ha sido subrayado por varios autores. Gillespie (1929) informó que en este grupo son comunes los antecedentes familiares de psicosis y, Buzzard (1930) sugirió que el suicidio y el alcoholismo son frecuentes en dichos antecedentes.

El hecho de que una depresión sea de origen orgánico no excluye la analizabilidad de las ideas que presenta el paciente, es decir, la inserción inteligible de las mismas en su vida. Aun cuando el factor determinante sea el somático y los esquemas afectivos evocan las ideas adquiridas en episodios significativos de su vida, y que por lo tanto podrán remitir de vuelta a las mismas.

Lo orgánico y lo psicológico se combinan de modo que existen casos que se encuentran en uno de los extremos de incidencia de uno de los factores, a los cuales podremos denominar endógenos, y otros en el extremo opuesto, en que la depresión es exclusivamente psicógena.

Desde el punto de vista de la génesis, un reducido número de depresiones endógenas pueden comenzar por trastornos de la base material de los esquemas afectivos, sin embargo, la gran mayoría lo hace por el lado ideativo.

Henry Ey y col. (1980) considera que la crisis de melancolía endógena es un estado de depresión intensa vivenciado con un sentimiento de dolor moral y caracterizado por el entecimiento y la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras que se opone casi punto por punto a la manía. Puede aparecer a cualquier edad, pero las mujeres son afectadas con más frecuencia que los hombres; puede sobrevenir sin causa ni ocasión aparente, sin embargo hay causas desencadenantes que revelan cíclicamente la personalidad maniaco depresiva. Puede desarrollarse después de un shock emocional o de una situación de conflicto.

La persona que sufre una depresión endógena muestra dificultades para expresar el dolor moral, constituido por sentimientos intensos y vagos de aburrimiento, disgusto, desespero y lamentos; muestra inseguridad y una profunda

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

modificación del humor. Existen en ella pesimismo y culpa, que son una orientación hacia la desdicha, hacia un futuro incierto que no podrá resolver felizmente y jamás será perdonado. Se presentan también ideas de indignidad, y la hipocondría se integra con naturalidad en la conciencia melancólica. El suicidio llega a hacerse obsesivo, imaginado, deseado y buscado por considerarlo un castigo necesario y una solución. Si no todo melancólico intenta suicidarse, casi en su totalidad solo piensa en la muerte.

### 2.3.2 Depresión Exógena

Las depresiones reactivas o exógenas se distinguen de las endógenas en que fluctúan de acuerdo a factores psicológicos identificables (Gillespie; 1929). En cuanto a los síntomas, las características diferenciales son una tendencia a culpar a las circunstancias externas y la conciencia de la naturaleza anormal del trastorno.

Para Ey y col., las crisis de depresión neurótica son el resultado de la descompensación de una estructura neurótica anterior. Sobrevienen tras experiencias vividas como frustración, desesperación, duelo, pérdida de aprecio o abandono. La frustración engendra culpabilidad, miedo a perder estimación o el afecto de los otros, y finalmente, la agresividad tiende a volverse contra sí mismo (Nacht, 1963).

Freud decía que el afecto es de un orden diferente al de la idea, y mantuvo esta dualidad a lo largo de toda su obra, planteando tanto en sus trabajos sobre los sueños como en aquellos sobre las neurosis que había que seguir por separado la vicisitud del afecto y la de la idea. Además señaló en repetidas oportunidades que la pulsión se expresaba en dos registros diferentes: el de los afectos y el de las ideas.

Si bien el número de afectos que puede experimentar un recién nacido es relativamente reducido, éste se va ampliando progresivamente a partir del nacimiento, surgiendo diferentes cualidades de afectos en correlación con determinadas ideas. Pero aunque los afectos se desarrollen en interdependencia con las ideas, transcurren dentro del orden de materialidad que les es propio, en el interior de la serie *displacer-pleacer*, sin que nunca se anule la distinción con las

ideas, que integran otra índole particular. Los afectos y las ideas constituyen así dos series entrelazadas que en determinados puntos se anudan y dan origen a estructuras cognitivo-afectivas específicas en las que un afecto dado remite a una clase de ideas en particular y viceversa; pero que los afectos y determinadas ideas se presenten como unidades, no impide que puedan desligarse y aun deslizarse los elementos de la serie de los afectos con respecto a la serie ideativa.

Los afectos y las ideas forman estructuras, es decir, organizaciones más o menos estables, en donde la presencia de determinadas ideas incide en la emergencia de reacciones emocionales que les corresponden específicamente. Las ideas producirán la puesta en acción de los esquemas afectivos, pero también éstos podrán incidir para que surjan las ideas correspondientes. Entonces, se podrá llegar al cuadro de la depresión por dos caminos: 1) desde las ideas, y estamos de esta manera en el terreno de las depresiones psicógenas; y 2) desde los afectos, vía que correspondería a las depresiones orgánicas.

El núcleo de la depresión, en tanto estado, no se encuentra ni en el llanto, ni en la tristeza, ni en la inhibición psicomotriz, pues todos ellos pueden faltar, sino en el tipo de ideas que poseen en común todos aquellos cuadros en los cuales por lo menos una de estas manifestaciones está presente. El término ideas no hace referencia a los temas de que se quejan los depresivos y que aparecen en los tratados de psiquiatría, tales como las ideas de ruina, de fracaso, de inferioridad, de culpa. Si éstas ideas son capaces de producir depresión es porque todas ellas implican una muy definida representación que el sujeto se hace de la no realizabilidad de un deseo que alcanzaría un ideal, o una medida, con respecto al cual se siente arruinado, fracasado, inferior, culpable.

La representación de un deseo como irrealizable, un deseo al que se está intensamente fijado, constituye pues el contenido del pensamiento del depresivo, más allá de las formas particulares que tenga. La tristeza es la manifestación dolorosa ante este pensamiento; la inhibición, la renuncia ante el carácter de realización imposible que el sujeto atribuye al deseo; el llanto que, además de expresión de dolor, es el intento regresivo de obtener lo deseado por medio de la

técnica que en la infancia reveló ser efectiva; el autorreproche, la respuesta agresiva que se vuelve contra sí mismo por la frustración del deseo.

#### 2.4 Clasificación de la Depresión

Tanto la CIE 10 como el DSM IV clasifican la depresión en tres grandes rubros: leve, moderada y grave.

Según la CIE 10, una persona con trastorno del ánimo depresivo sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También considera manifestaciones de los episodios depresivos a:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresión.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

En algunos casos, uno de los síntomas puede ser clínicamente especial. Los ejemplos más típicos de éstos síntomas somáticos son la pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras; la pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales; despertarse por las mañanas dos o más horas antes de lo habitual; empeoramiento matutino del humor depresivo; presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas); pérdida marcada del apetito y de peso (5% o más en el último mes) y pérdida marcada de la libido. Sin embargo, en otros casos la depresión puede estar enmascarada por síntomas como la irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento

histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas.

La CIE 10 así como el DSM IV señalan que debe existir una duración de por lo menos dos semanas con síntomas afectivos la mayor parte del día, prácticamente cada día.

La diferencia entre los grados de depresión se basa en una valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes. El nivel de la actividad social y laboral cotidiana puede ser una guía útil de la gravedad del episodio.

- **Leve:** Los síntomas más típicos de la depresión son el ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad. Para clasificar a una depresión como leve deben de estar presentes por lo menos dos de estos tres síntomas, además de dos de los síntomas enumerados anteriormente. Probablemente la persona muestre alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social aunque posiblemente no las deje por completo. Pueden presentarse o no síntomas somáticos.
- **Moderada:** Deben de estar presentes al menos dos de los síntomas descritos para el episodio leve, así como tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es posible que varios de los síntomas se presenten en grado intenso y que la persona tenga gran dificultad para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se presenta con o sin síntomas somáticos.
- **Grave:** La persona suele presentar mucha angustia y el riesgo de suicidio es importante. Casi siempre están presentes los síntomas somáticos. Es poco probable que pueda seguir con su actividad laboral, social o doméstica mas que de manera muy limitada. Esta modalidad también se puede presentar con síntomas psicóticos como ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

Dependiendo de las circunstancias, el estado de ánimo depresivo que aparece en respuesta a un estresante puede ser característico de varios trastornos diferentes. Si el estresante es la muerte de un ser querido, debe considerarse duelo, no trastorno mental; pero, si los síntomas depresivos son especialmente graves o prolongados, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor puede ser más apropiado, incluso si la depresión aparece después de la pérdida de un ser querido.

## 2.5 Duelo y Depresión

Como se ha mencionado, en la depresión hay una gama de características que la acompañan y que principalmente se concretan en un estado de ánimo doloroso, cesación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición general de las funciones y la disminución del amor propio o autoestima, que se traduce en reproches y acusaciones que se hace la persona.

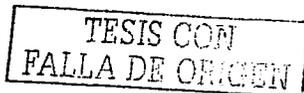
Todos estos rasgos los encontramos también en el duelo, excepto el último, o sea, la disminución de la autoestima. El duelo es la situación psíquica que atraviesa el sujeto como consecuencia de una pérdida, o más concretamente, de la pérdida del objeto amoroso.

En la depresión encontramos que la pérdida se instala en el centro del proceso psíquico. Pero si, en el duelo el objeto es de naturaleza concreta, en la depresión la pérdida es inconsciente. El sujeto no sabe lo que ha perdido.

La pérdida de un ser querido, una situación desfavorable (económica, de poder, etc.), o el enfrentamiento a situaciones aflitivas pueden originar un estado de tristeza o pena al que se denomina duelo, y que se considera normal en el sentido de que se espera que ocurra dada una situación determinada.

El duelo, según Guillermo Calderón (1990), incluye tres periodos:

1. Desesperación.
2. Depresión.
3. Adaptación.



Durante el primero se presenta un choque emocional con pérdida de apetito, insomnio, fatiga, inquietud o apatía, llanto y sollozos. La realidad de la pérdida puede no ser aceptada, e incluso puede ser negada durante los primeros momentos, lo cual se puede acompañar de sentimientos de falta de sentido de la existencia, de la vacuidad de todo, de la futilidad de la lucha y de la inutilidad del esfuerzo y el sacrificio.

El período depresivo trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz. La etapa de adaptación comienza cuando el individuo empieza a darse cuenta de la realidad y a fijarse nuevos objetivos. Para ello tiene que ir retirando del objeto perdido sus cargas afectivas, lo que significa la "metabolización" progresiva del estado depresivo.

La duración del duelo es variable, va desde unas cuantas semanas hasta varios meses. Para Calderón, cualquier variación del cuadro descrito, ya sea debida a la duración o a la intensidad de los síntomas, debe considerarse patológica.

### CAPITULO III

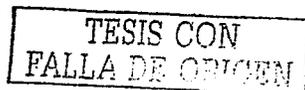
## DEPRESIÓN Y PARÁLISIS CEREBRAL: CONSIDERACIONES EN TORNO A LA FAMILIA

En las familias donde existe un hijo con requerimientos de educación especial, este solo hecho produce un gran impacto sobre los padres, quienes suelen tener una serie de reacciones emocionales que se manifiestan en sentimientos de dolor, consternación, decepción, duda, coraje, culpabilidad, vergüenza, angustia, temor, etc. (Buscaglia, L.F., 1970; Toscazo, S.J., 1968 y Thurston, J.R., 1959) que provocan actitudes de rechazo y/o sobreprotección hacia el hijo con parálisis cerebral (Rickman, B.D. y Henderson, A.R., 1965; Weller, L.; Costeff, C.H.; Cohen, B.; Rahman, D.; 1974-1979 y Cook, J.J.; 1963). Surge un desequilibrio emocional, social y económico que, aunado a la falta de orientación y conocimiento sobre el problema, trae como consecuencia una deficiente atención al niño, que limita o impide su rehabilitación.

Toda deficiencia (física o mental) debe ser considerada en un doble aspecto: el de su propia realidad, tanto en intensidad como en extensión y en la repercusión psicológica que produce en el individuo y en su entorno social-familiar.

Ante situaciones inesperadas, por ejemplo el diagnóstico de Parálisis Cerebral, los individuos atraviesan por diferentes etapas emocionales. Elizabeth Kubler-Ross hace un análisis de éstas fases, y considera que cada una de ellas puede mantenerse durante algún tiempo, sucederse reemplazando una a otra, o bien, se pueden presentar simultáneamente; pero en todas ellas prevalecen ideas e ilusiones con respecto a la discapacidad en cuestión, que se manifiestan a través de creencias sobre la situación del niño, como que llegará a ser normal porque se inventarán técnicas terapéuticas nuevas o medicamentos o que se dará un milagro.

Para Kubler-Ross, en éste caso los padres de familia con un hijo paráltico cerebral, atraviesan un periodo de:



1. **Negación.** Donde se conservan la esperanza de que pueda existir algún error en el diagnóstico. Es una defensa temporal que puede ser reemplazada por una aceptación parcial.

2. **Agresión.** Aquí los padres pueden agredirse mutuamente, o bien, alguno de ellos puede culpar al otro por la discapacidad del niño. Es posible que también rechacen al hijo con alguna carga agresiva hacia este. Generalmente el enojo es desplazado hacia el médico, la religión o la vida. Quizás éste sentimiento provenga, en gran parte, de la impotencia y frustración que sienten los padres. Muchas veces esta fase culmina con sentimientos de culpabilidad o vergüenza.

3. **Negociación.** En esta fase aun no se acepta completamente la discapacidad del niño, sin embargo, los padres se muestran abiertos al diálogo y a la negociación con el médico y con el niño.

4. **Depresión.** Cuando los padres reflexionan la situación del niño dentro del contexto familiar y social, aparecen conductas de agotamiento físico y mental, falta de apetito, apatía, aumento en las horas de sueño, en general, manifestaciones clínicas de la depresión.

5. **Aceptación.** Puede ser parcial o total y puede durar mucho tiempo, o, si se presentan épocas de crisis, alguna de las fases anteriores puede volver a aparecer.

Cuando un pequeño tiene alguna discapacidad, el primer problema que surge es la comunicación de ésta a sus padres, que, como dice Tomkiewicz, normalmente se oscila entre la mentira y la brusquedad, a menudo dolorosa; sin embargo, es necesario que la familia conozca el diagnóstico y el pronóstico real.

Generalmente la reacción inicial de los padres produce una sintomatología depresiva de intensidad, formas de reacción y tiempo de recuperación variables que dependen de factores tales como el grado de incapacidad, desarrollo de la personalidad y adaptación vital de la familia antes de la llegada del hijo, grado de éxito profesional y social, nivel intelectual, status socioeconómico y creencias

religiosas entre otros. La depresión ante el diagnóstico de parálisis cerebral no solo la viven a nivel personal, también en su núcleo de relación interpersonal.

Para diversos autores (Diez, S., Ventola, B., Garrido, F. y Ledesma, C.; 1989), cronológicamente los padres pasan por diferentes reacciones:

- 1) Reacción postnacimiento.
- 2) Reacción de negación y/o reacción de aceptación parcial.
- 3) Reacción de aceptación.
- 4) Reacción depresiva existencial.

**1) Reacción Postnacimiento.** La noticia de un embarazo dispara una ola de sentimientos que incluye a los padres: la madre, lo verbalice o no, fantasea mentalmente con el hijo ideal; revive ilusiones, proyectos, miedos, temores, y junto con el padre, viven la esperanza de que su hijo sea inteligente, físicamente fuerte, hábil y con cierta belleza puesto que son factores de valorización social. La noticia de la discapacidad del hijo supone para ellos una frustración de sus expectativas que les derrota, desconcierta y deprime, provocando un derrumbamiento de las pautas de adaptación, sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad especial hacia lo que la sociedad pueda pensar. Temen ser subestimados por la deficiencia física de su hijo e interrogan a los médicos sobre las causas, especialmente por si son hereditarias, y experimentan inquietud y temor ante su posible responsabilidad, que no analizan siempre de forma consciente. En ocasiones intentan desplazar la culpa hacia los médicos que intervinieron en algún momento.

Poco a poco la culpa se desplaza en un intento de resignación, a la suerte o a un castigo divino, y por último, se proyecta sobre ellos mismos. Este sentimiento de culpa es el que se relaciona más directamente con la depresión y hace que en casos de anomalías graves, la familia se retire de la vida social en un intento de ocultación. Si la discapacidad es menos importante tratan de minimizarla. Ambas actitudes negativas retrasan la labor terapéutica.

**2) Reacción de Negación y/o Aceptación Parcial.** La reacción de negación se produce solo en los casos leves; los padres tienen comportamientos que prescinden

de la discapacidad y de las dificultades que para el niño supone. Ésta actitud hace que el hijo se encuentre solo ante su dificultad, sin ayuda, y se le exigen cosas que no puede hacer. No es admitido en el seno familiar como realmente es, y continuamente es llevado con distintos especialistas. Como consecuencia se generan sentimientos de inferioridad y gran inseguridad en el niño.

Si la discapacidad es evidente, los padres, aunque afirmen lo contrario, no aceptan completamente al hijo y se dejan dominar por su propia situación psicológica y social, con una variada sintomatología depresiva como: retraimiento social, apatía, disminución de la atención o capacidad para pensar con claridad, irritabilidad, actitud pesimista hacia el futuro y rumiación negativa de acontecimientos pasados. No superan su problema personal y no salen del estéril terreno de las lamentaciones y autojustificaciones. Están totalmente orientados hacia sí mismos y eso les genera más culpabilidad, que expresan con una serie de sentimientos diversos que transforman su forma de ser y sus actitudes, haciéndolos irregulares y ambivalentes en sus comportamientos, con reacciones bruscas que van al rechazo parcial. La discapacidad del hijo toca sus puntos de sensibilización y desencadena reacciones de defensa negativa y resistencias, que tampoco facilitan la labor terapéutica.

### 3) Reacción de Aceptación. Dentro de éste rubro hay dos posturas:

a) Padres que no tienen una visión clara del problema y que en ocasiones es vista con una amplitud e importancia superior a la realidad, ignorando sin embargo las posibilidades positivas y entorpeciendo la normal labor educativa y el aprendizaje de una profesión con la que puedan resolver su futuro.

b) Otros padres obnubilados y desarmados por la discapacidad que hacen vivir al hijo con una sensación de enfermedad. Estas familias tratan de atraer sobre ellos la piedad de todos, sin hacer nada constructivo, con una aceptación basada en la resignación. Estos sentimientos de piedad son peligrosos, en tanto impiden tomar medidas positivas y caen fácilmente en la sobreprotección que supone para el hijo una traba psicoafectiva, donde sus reales posibilidades quedan limitadas.

La aceptación por parte del resto de la familia depende en gran medida de las actitudes paternas y de las gratificaciones individuales de sus propias necesidades.

**4) Reacción Depresiva Existencial.** La preocupación que envuelve a estos padres durante el resto de sus vidas, ante la idea de su muerte, al concienciarse de que su hijo es un proyecto inconcluso, la depresión existencial está cargada de ansiedad, tiene unos pensamientos superados y los de culpa y fatalidad, centrados en la búsqueda de unos sustitutos, especialmente entre los hermanos, que cuiden a estos hijos con menos posibilidades de desarrollar su propio proyecto vital.

Tanto el análisis que realizó Kubler-Ross como en las reacciones descritas por Díez, S. (et al.) encontramos elementos comunes: la negación de la discapacidad del hijo, la culpabilidad, el rechazo hacia el hijo, la agresión hacia la pareja, la aceptación parcial o total del problema, y la fase más importante que persiste a lo largo de toda la vida de los padres: la depresión, que además influye en la rehabilitación del niño, en su autoconcepto y en su autoestima.

Es un hecho que el narcisismo paterno se ve afectado. Se focaliza en torno a la cuestión de la etiología y de la herencia. Ciertas teorías etiológicas, a veces muy fantásticas, son elaboradas por los padres con el objetivo de negar toda carga hereditaria, o al contrario, para asumir todo el peso de la "tara" por parte de uno de ellos. Las reacciones defensivas constituyen la primera manifestación de la culpabilidad constante de las familias. Esta exacerba las reacciones de ambivalencia ante el pequeño con necesidades especiales, y explica en parte las actitudes de sobreprotección ansiosa, rechazo o negación omnipotente de la discapacidad o del papel de los médicos.

Ante la evidencia mas o menos concienciada de que la deficiencia física es inevitable e irrecuperable, la familia reacciona con un sentimiento de trastorno en la interacción entre el miembro con parálisis cerebral y sus familiares, tanto en el ámbito de los tipos (verbal y no verbal) como en el de los niveles (información, manipulación, comunicación profunda-emocional) de la misma.

Un posible segundo sentimiento se centra en la sensación de desorientación en cuanto a la necesaria relación con los profesionales implicados en el problema que les afecta, por lo que se ven sometidos a una tensión que oscila entre dos polos: la búsqueda de contacto para saber cuanto pueda disminuir la ansiedad ante lo inesperado, y la percepción de un cierto distanciamiento frío por el carácter profesional del experto que se relaciona con la familia.

Aparece también el sentimiento de amenaza por la pérdida del equilibrio ante las presiones internas, y lo que se vive como agresión desde la misma discapacidad y las implicaciones sociales y laborales que lleva consigo.

Desde la perspectiva sistémica pueden apreciarse tres momentos importantes por los que atraviesa la familia ante la ruptura de equilibrio:

- A. Fase de reacción al choque.
- B. Defensa ante el choque.
- C. Desmoronamiento como consecuencia de los daños sufridos por el sistema a causa de las medidas defensivas que ha ido adoptando a lo largo de un periodo prolongado.

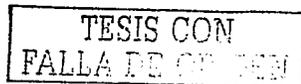
Pueden distinguirse varias actitudes o reacciones mediatas e inmediatas ante la ruptura del equilibrio que se tenía hasta ese momento.

#### **Reacciones Inmediatas**

- 1. Alarma: - Conmoción/aturdimiento/dolor.
  - Ansiedad y búsqueda de calma.
  - Horror.
- 2. Defensa: -Depresión y tristeza.
  - Pena.
  - Temor.
  - Agresividad.

#### **Reacciones Mediatas**

- 3. Agotamiento/inhibición: - Culpabilización.



- Rechazo y negación de la realidad.
- Renuncia a la readaptación.
- Aislamiento/abandono en sistema cerrado como consecuencia del predominio de lo morfoestático (pérdida homeostática).

4. Utilización positiva de capacidades latentes: - Reorganización.

- Readaptación y ajuste.
- Salida y apertura positiva hacia un nuevo equilibrio homeostático

basado

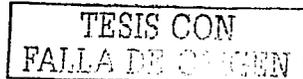
en lo morfogénico.

La deficiencia física altera hondamente la satisfacción de necesidades, tanto a nivel individual como en el familiar y conyugal. Todo queda alterado y amenazado y el futuro más profundo de las personas queda como entre paréntesis. El desarrollo de el respaldo, seguridad y apoyo que hay que dar a los hijos se puede ver afectado, al igual que la cercanía emocional que hay que prestar a todos los miembros de la familia, la estabilidad y la satisfacción sexual a nivel conyugal, ya sea en términos de limitación, deterioro o ruptura de la relación.

Puede suceder que la familia, ante su dolor, obligue indirectamente a que los miembros oculten sus emociones, especialmente aquellas que causan dolor a otros, o que disimulen y hasta distorsionen los sentimientos de rabia, tristeza o depresión por percibirlos como sentimientos no aceptados, y puede aparecer una conflictividad reactiva y defensiva ante las amenazas que sienten.

En la relación conyugal, aspectos como la economía, amistades, toma de decisiones, trabajo y utilización de los tiempos libres pueden convertirse en fuentes de conflicto ante el diagnóstico de parálisis cerebral de un hijo.

Desde el punto de vista de la madre, el niño no será el único implicado en sus "pesares", también lo será el marido, quien será visto como objeto de una profunda gratitud por haber participado en el acto de su vida, o será considerado el



culpable por haber satisfecho sus necesidades sexuales y haber creado "egoístamente" una situación desagradable para ella. Por lo que se refiere al padre, cuando el embarazo no se desarrolla en las mejores condiciones, correrá el peligro de culpar a ese hijo por crear una separación física y afectiva entre su mujer y él.

La depresión grave de la madre presenta el riesgo de reducir la calidad y diversidad de las aportaciones afectivas, posiblemente todavía más que su flexibilidad y fluidez en el curso de la interacción.

Las reacciones de los padres están determinadas por un gran número de factores, donde uno de los principales puede ser la severidad de la incapacidad del niño, el tiempo que tardan en conocer el diagnóstico y la estabilidad como pareja cuando son informados.

En ocasiones pueden entender en forma intelectual el problema del niño, pero rechazarlo emocionalmente. Esto es de suma importancia puesto que los programas de rehabilitación no podrían beneficiar del todo al niño si se siente rechazado por las personas que lo rodean.

Una madre puede convertir en adorados los ojos y los bucles de su hijo o en notables las producciones intelectuales o físicas del mismo. El niño por la dependencia con respecto a su objeto de amor, se identifica con esa imagen valorada que le viene del otro y pasa a valorarse. El Yo se constituye y se mantiene básicamente por la identificación con la imagen del otro. El hijo de padres melancólicos cuya imagen de sí mismos es la de no valer nada, ve favorecida la construcción de un Yo representación desvalorizado, por identificación con el Yo representación de quienes se ven a sí mismos desprovistos de todo valor. El hijo se identifica entonces con la imagen que los padres tienen de él y a su vez se construye su función crítica por identificación con la crítica de los padres.

Al tener un hijo paráltico cerebral, la fortaleza o la desintegración de los lazos familiares dependen de las reacciones de los padres. Cuando estos son emocionalmente fuertes, la misma experiencia dolorosa los fortalece, en cambio si los lazos son débiles tienden a romperse en éste suceso. Los lazos fuertes facilitan

la incorporación del niño a la dinámica familiar, lo cual le brinda seguridad y le facilita desarrollar su potencial. Pero suele ocurrir que muchos de los padres que tienen un hijo con necesidades especiales se aíslan de la sociedad, ocasionando un desajuste emocional en ellos y en el niño, quien va asimilando ese aislamiento como vergüenza, castigo, sacrificio o rechazo, y, al igual que los padres, él también se aislará.

El exceso de cuidados o de mimos también boicotará la rehabilitación del niño, y quizás lo haga reaccionar en forma negativa a la adaptación al medio, pues será una persona manipuladora, agresiva o un hijo desobediente. Por otro lado, la indiferencia de los padres hará que el niño adopte formas para llamar su atención, tales como la autoagresión, la destructividad, la enuresis o el mutismo.

Una persona con requerimientos de educación especial, al igual que alguien "normal" necesita establecer redes sociales, entendiendo esto como el conjunto de seres con quienes interactuar de manera regular, con quienes conversar e intercambiar señales que lo corporicen, que lo hagan real (Sluzki, 1996), que también funcionen como compañía social, apoyo emocional, ayuda material y de servicio y acceso a nuevos contactos.

### 3.1 Participación de las Madres en la Rehabilitación del Parálítico Cerebral

Las madres están en contacto más cercano y constante con el niño, y precisamente son ellas quienes realizan la tarea más importante y delicada desde el principio, pues son quienes pueden motivarlo, estimularlo e interesarlo para que mejore interna y externamente.

Las madres saben que el hijo depende física y emocionalmente de ellas, pero es muy importante que esa dependencia vaya disminuyendo a medida que el pequeño evoluciona. Para cumplir este objetivo hay que tratar de desenvolver desde el principio parte de su vida independiente, y a medida que crece, procurar que él logre lo mismo. Poco a poco esto lo ayudará a desarrollar un sentido de perspectiva sobre su discapacidad, y será capaz de contemplar su problemática con objetividad, sin la necesidad de cerrar por completo sus horizontes; podrá reconocer

sus limitaciones pero también adquirirá conciencia de sus potenciales para crecer en espíritu y a la vez entablar relaciones con otras personas que lo enriquezcan y a quienes él pueda enriquecer.

El manejo y cuidado del niño con parálisis cerebral abarca diferentes áreas tales como:

- Educativa
- Física
- Atención Psicológica
- Atención Familiar
- Nutrición y Salud
- Comunicación y Lenguaje
- Vida Independiente
- Fomento Deportivo
- Crecimiento Espiritual
- Integración Social
- Integración Laboral
- Fomento Musical

Todo esto enfocado a lograr el movimiento, la educación, el lenguaje y la funcionalidad de la persona con parálisis cerebral.

Debido a que la familia es la que mantiene un mayor contacto con el pequeño, es importante que aprendan los conocimientos básicos para cuidarlo y colaborar en su rehabilitación, que se interesen por tratar que el tono muscular del niño no sea tan hipo o hipertónico, por evitar posturas incorrectas, y que aun fuera de la institución especializada le faciliten sensaciones, movimientos y posturas normales para que alcance un buen desarrollo integral, además implicar a los familiares del niño en determinados procedimientos sencillos puede reducir el aislamiento entre ellos.

Los especialistas pueden enseñar y ayudar a los padres a proporcionarle al niño todos aquellos elementos que puedan contribuir a su desarrollo físico.

emocional y social; a estimularlo a través del contacto diario, aprovechando cualquier momento para darle nuevas sensaciones o reforzar las que ya tiene; a reconocer y alentar el esfuerzo y los logros que obtiene su hijo; a involucrar a toda la familia en el cuidado del pequeño pero sin colocarlo en el centro de la familia, sino a tratarlo como a un integrante mas con la misma importancia que tienen los demás; a proporcionarle una ayuda oportuna y eficaz, a establecer una comunicación agradable, satisfactoria y motivadora para todos; a fomentar en el niño las relaciones con gente de su edad, con la misma discapacidad que él y con las demás personas que lo rodean.

El adiestramiento a los padres promueve la integración familiar y convierte al grupo de especialistas en asesores y supervisores del proceso de rehabilitación y no simplemente como responsables operativos del éxito o fracaso del tratamiento. Es importante insertar la actividad terapéutica en la rutina del niño pero sin alterar la rutina familiar.<sup>3</sup>

El especialista encargado del diagnóstico, de la rehabilitación o la supervisión debe comunicarles a los padres del niño que la meta no es la eliminación de la discapacidad, sino la remisión de los efectos de ésta y que la "recompensa" se expresará a largo plazo.

---

<sup>3</sup> Citado en López-Arce, A. (1997). Problemas Psicológicos de los Padres con Hijos con Parálisis Cerebral. Un enfoque interdisciplinario

## CAPÍTULO IV

### MÉTODO

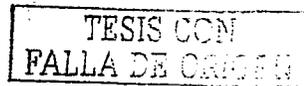
#### 4.1 Justificación

En la actualidad las personas con parálisis cerebral constituyen una población considerable, que, por su afectación física, no es menos importante. Uno de los factores que influye en la rehabilitación de éste grupo de individuos es el sentimiento de tristeza y desesperanza de las madres, los cuales, frecuentemente, las conducen a rechazar o a sobreproteger a sus hijos, limitando o impidiendo así, el desarrollo de sus habilidades.

El interés por realizar esta investigación radicó en la preocupación por enriquecer la participación de las madres en la rehabilitación de sus niños que tienen entre cero y cinco años de edad y que sufren parálisis cerebral, para lo cual se estudió el grado de depresión de las mismas mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD), ya que, con éste antecedente y con la información que se recabó a través de una entrevista, se puede estructurar una psicoterapia especialmente para ellas, para que, finalmente, acepten la discapacidad de sus hijos y éstos no representen una carga más en sus vidas; para que puedan comprenderse y motivarse ellas mismas y logren entender la afectación de sus hijos, comprenderlos, amarlos y educarlos, y para que puedan participar activamente en la rehabilitación de ellos, verdaderamente alentándolos y reconociendo sus logros, y a su vez se reduzcan las conductas de rechazo o sobreprotección hacia las personas con parálisis cerebral y se logre así la integración de las mismas a la familia y a la sociedad.

#### 4.2 Planteamiento del Problema

Con frecuencia el diagnóstico de parálisis cerebral de un niño provoca en su madre una depresión en mayor o menor grado debido a la pérdida de las



expectativas depositadas en él antes de conocer el diagnóstico, y que de una u otra forma retarda o dificulta la rehabilitación del niño.

Una de las causas principales de los problemas emocionales de las madres provienen de la familia y la sociedad que enfatizan los impedimentos del niño y les reitera la experiencia de fracasar, pues en un mundo orientado hacia el éxito y la perfección aparentes, una persona con alguna discapacidad nos confronta con nuestros propios límites. Con la finalidad de ayudar a las mamás de parálisis cerebrales a superar el impacto emocional que genera dicho diagnóstico y de mejorar su participación en la rehabilitación del niño, se investigó si:

¿Existen elementos depresivos en las madres que tienen un hijo con parálisis cerebral? Y si

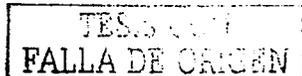
¿Influye la depresión de las madres en la rehabilitación de sus hijos?

#### 4.3 Objetivos Generales

1. Evaluar si existen elementos depresivos en las madres de hijos con parálisis cerebral entre los cero y cinco años de edad.
2. Determinar el grado de depresión en las madres de hijos con parálisis cerebral mediante el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Automejoría de la Depresión de Zung.
3. Analizar cómo influye la depresión de las mamás en la rehabilitación de sus hijos a través de una entrevista semiestructurada.

#### 4.4 Hipótesis

- Las madres que tienen un hijo con parálisis cerebral presentan depresión en un grado mayor que las madres que tienen un hijo sin requerimientos de educación especial.
- Ante el diagnóstico de parálisis cerebral, en las madres de los niños afectados surge un desequilibrio emocional que trae como consecuencia una deficiente y mal orientada atención hacia su hijo (Campero, C.; Lahud, R.; 1981).



### **Hipótesis Estadística**

**Hi:** Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grado de depresión de las madres de hijos con parálisis cerebral y el grado de depresión de las madres que tienen un hijo sin afectación motora en el Inventario de Depresión de Beck.

**Ho:** No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grado de depresión de las madres de hijos con parálisis cerebral y el grado de depresión de las madres que tienen un hijo sin afectación motora en el Inventario de Depresión de Beck.

**Hi:** Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grado de depresión de las madres de hijos con parálisis cerebral y el grado de depresión de las madres que tienen un hijo sin afectación motora en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

**Ho:** No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grado de depresión de las madres de hijos con parálisis cerebral y el grado de depresión de las madres que tienen un hijo sin afectación motora en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

### **4.5 Variables**

**V.I:** La presencia de un hijo con parálisis cerebral entre los cero y cinco años de edad.

**V.D:** El grado de depresión de las madres que tienen un hijo con parálisis cerebral.

### **Definición Conceptual**

**V.I:** La parálisis cerebral se refiere a la pérdida de los movimientos voluntarios y a la debilidad muscular que ocurren por lesiones en el sistema nervioso central que afectan la fuerza y el tono muscular. (Otfriend, S., y Anthony H, R., 1995).

**V.D:** La depresión es un trastorno caracterizado por la presencia de sentimientos de tristeza, desesperanza, pesimismo, y en general, por una pérdida de interés asociada a una sensación de disminución del bienestar emocional. (Bleichmar, B.H, 1991).

#### **Definición Operacional**

V.I: La presencia de un hijo con parálisis cerebral entre cero y cinco años de edad para el grupo experimental, y la presencia de un hijo entre los cero y cinco años de edad sin discapacidad motora para el grupo control.

V.D: Resultados que ofrecen el Inventario de Depresión Beck y la Escala de Depresión de Zung y la información recabada en la entrevista clínica.

V.Extrañas: Tipo de familia, sexo y edad de los hijos, edad de las madres, circunstancias del nacimiento, y lugar que ocupa el niño en la familia.

#### **4.6 Sujetos**

La muestra constó de 120 sujetos: 60 madres de familia que tienen un hijo con parálisis cerebral de cero a cinco años de edad en el Centro de Estimulación Temprana de APAC. I.A.P. y que participaron de manera voluntaria (grupo experimental). También se contó con la participación voluntaria de 60 madres de familia que tienen un hijo entre cero y cinco años de edad sin requerimientos de educación especial en la escuela John F. Kennedy (grupo control).

#### **4.7 Muestreo**

Se empleó una muestra no probabilística, ya que se requirió una cuidadosa y controlada elección de sujetos que cumplieran con una característica específica: que tengan un hijo con parálisis cerebral entre los cero y cinco años de edad, para el grupo experimental; y en el caso del grupo control, que tengan un hijo entre los cero y cinco años de edad sin requerimientos de educación especial.

#### 4.8 Escenario

La aplicación de los instrumentos de medición de la depresión y la entrevista clínica se llevaron a cabo dentro de las instalaciones del Centro de Estimulación Temprana de APAC I.A.P. ubicado en la colonia Doctores de la Ciudad de México, en el salón donde los niños toman terapia grupal. En el caso del grupo control, la aplicación de los instrumentos fue en el salón de usos múltiples de la escuela John F. Kennedy que se localiza en la colonia Santa Cruz Xochitepec, en el Distrito Federal.

#### 4.9 Tipo de Estudio

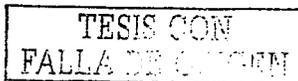
Es un estudio exploratorio puesto que se identificaron y describieron las variables: la depresión de las madres en la rehabilitación de sus hijos con parálisis cerebral.

Se analizaron las diferencias entre el grado de depresión de madres que tienen un hijo con parálisis cerebral y el grado de depresión de madres con hijos sin necesidades especiales, por lo que además es un estudio comparativo.

Además es un estudio transversal pues se midieron las variables en un tiempo determinado: cuando los niños tenían entre cero y cinco años. Y es ex postfacto porque los sujetos fueron elegidos por sus características después de haberlas adquirido.

#### 4.10 Diseño Estadístico

Los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS. Se utilizó la prueba U de Mann Whitney puesto que es útil para comparar dos poblaciones usando muestras independientes (grupo control y grupo experimental).



#### 4.11 Instrumentos

##### **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

Se eligió el Inventario de Depresión de Beck por ser un cuestionario corto y sencillo de autoinforme que se enfoca, en parte, en las distorsiones cognoscitivas que subyacen a la depresión (Beck y Steer, 1987; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961). La prueba consta de 21 reactivos que se pueden contestar en diez minutos o menos. Trece reactivos abarcan componentes cognoscitivos y afectivos de la depresión como pesimismo, culpa, llanto, indecisión y autoacusaciones. Los ocho restantes evalúan variables somáticas y de desempeño como problemas de sueño, imagen corporal, dificultades laborales y pérdida de interés en el sexo. Los 21 reactivos se presentan de la siguiente forma:

Marque la afirmación que siente más cierta acerca de usted dentro de este grupo:

- 0 Soy optimista acerca del futuro.
- 1 Siento un leve desaliento acerca del futuro.
- 2 Siento que el futuro tiene poco que ofrecerme.
- 3 Siento que no hay ninguna esperanza en el futuro.

La persona examinada recibe una calificación de cero a tres puntos para cada reactivo; la puntuación natural total es la suma de las afirmaciones refrenadas en los 21 reactivos; la calificación máxima posible es de 63 puntos.

Son medidas de informe personal usadas para identificar síntomas de depresión y cuantificar su gravedad:

CALIFICACIÓN	DIAGNÓSTICO
De 0 a 9 puntos	Normal
De 10 a 19 puntos	Depresión leve a moderada
De 20 a 29 puntos	Depresión moderada a grave
De 30 en adelante	Depresión sumamente grave

CUADRO 1. Escala para medir el grado de depresión en el BDI.

En el estudio original Beck y colaboradores (1961) encontraron un índice de confiabilidad de 0.93 determinado a través del método de división en mitades de una muestra de 97 pacientes psiquiátricos. También se han encontrado asociaciones significativas entre el Inventario de Depresión de Beck y la evaluación clínica de la depresión (Bumbery, Oliver, y Mc Clure, 1978) y se han informado asociaciones significativas entre el BDI y otros instrumentos para evaluar la depresión (Davis, Bumows, y Payton, 1975).

En México se cuenta con un estudio de traducción y estandarización del Inventario de Depresión de Beck para población mexicana realizado por Méndez en 1995, donde participaron 1589 sujetos entre 15 y 65 años de edad, de ambos sexos y diferente escolaridad y ocupación. La confiabilidad de la prueba fue obtenida a través del  $\alpha$  de Cronbach, dando como resultado 0.8734, lo cual indica que el instrumento es altamente confiable en población mexicana.

Guzmán (1991) realizó un estudio con 30 pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con cualquier enfermedad psiquiátrica. Se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck en dos momentos diferentes, y se encontró un coeficiente de correlación de Pearson  $r=.908$  y un coeficiente de correlación por rangos de Spearman de .550 con un intervalo de tiempo de 48 horas.

Lambert, Hatok, Kingston y Edwards (1986) compararon el BDI con otras escalas, y encontraron que el coeficiente de correlación entre el Hamilton Rating Scale for Depression y el Inventario de Depresión de Beck oscila de 0.61 a 0.86. La correlación media en pacientes psiquiátricos fue de 0.73, mientras que en pacientes no psiquiátricos la correlación va de 0.73 a 0.80.

El coeficiente de correlación entre el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Zung fue de 0.57 a 0.83. La media de los coeficientes de correlación fue de 0.76, y en estudios con pacientes no psiquiátricos el rango fue de 0.66 a 0.86.

La correlación entre el Inventario de Depresión de Beck y el MMPI-D osciló de 0.41 a 0.70. La correlación media entre pacientes psiquiátricos fue de 0.76 y en pacientes no psiquiátricos fue de 0.60.

#### **Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD)**

También se utilizó la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965. Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que, al igual que esta, da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

La prueba consta de 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognoscitivos, con 8 ítems para cada grupo; completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. El paciente cuantifica no la intensidad sino la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo y de 4 a 1 para los de sentido positivo. El rango de puntuación es de 20 a 80 puntos y el resultado puede presentarse como la sumatoria de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible) (ver anexo), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

<b>Índice de SDS</b>	<b>Impresiones Clínicas Equivalentes Globales</b>
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión mínima o ligera
60-69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 o mas	Presencia de depresión severa o extrema

CUADRO 2. Escala para medir el grado de depresión en la EAMD.

En 1965, Zung y colaboradores realizaron un estudio con el objeto de validar la Escala de Depresión, en el que participaron 152 pacientes de consulta externa. El

MMPI fue utilizado como prueba criterio por ser válida y confiable. Se empleó la correlación de Pearson producto-momento de donde se observó que la mayor correlación entre ambas escalas es con la escala D (depresión), concluyendo así que la Escala de Depresión de Zung es una medida más sensible para evaluar la depresión (Suárez, 1988).

De nuevo Zung, en 1972, realiza un estudio para corroborar la validez de la Escala de Depresión. Utilizó una muestra de 225 pacientes, de los cuales 152 eran pacientes hospitalizados y 73 eran de consulta externa. Como medida objetiva para establecer la depresión fueron usados la Escala de Depresión de Zung y el Depression Status Inventory (DSI). La correlación entre estas dos pruebas fue de 0,87. Las correlaciones para los diez reactivos pares y para los diez reactivos nones del DSI fueron de 0.81 y 0.73 con respecto a los reactivos de la Escala de Depresión de Zung. Todos los coeficientes de correlación fueron significativos ( $p=0.01$ ).

En una investigación realizada por Suárez en 1980 se emplearon la Escala de Depresión de Zung y el MMPI como prueba criterio por ser válida y confiable. Se aplicaron ambas escalas a estudiantes de secundaria y, con el objeto de obtener la validez concurrente de la Escala de Depresión de Zung, se empleó la correlación de Pearson. Para medir la consistencia interna se utilizó el coeficiente de Pearson, al que se le aplicó la corrección por el método de las dos mitades de Spearman-Brown. Con los resultados obtenidos ( $r=0.49$  y  $rtt=0.66$ ) se concluyó que la Escala de Depresión Zung es válida y confiable para detectar depresión en adolescentes estudiantes de secundaria.

Conde López y De Esteban Chamorro en 1975, realizaron una investigación para establecer el nivel de consistencia interna de la EAMD con una muestra de 250 sujetos normales y 46 pacientes depresivos hospitalizados, a través de la Escala de Depresión de Zung y el Inventario de Depresión de Beck. El cálculo del índice de homogeneidad se llevó a cabo mediante la prueba del 27% superior e inferior aplicando la correlación biserial ( $r_b$ ), habitual en este tipo de estudios. Para la fiabilidad de la escala, en cambio, se halló la correlación por la prueba de las dos

mitades, sometiéndola después a la corrección de Spearman-Brown. El coeficiente de fiabilidad o precisión fue de 0.80 para la Escala de Depresión Zung.

Lara Tapia, H. Y colaboradores (1976) realizaron un estudio en la ciudad de México con el propósito de adaptar y estandarizar la Escala de Depresión Zung a nuestro país. En el estudio se incluyeron enfermos psiquiátricos, enfermos no psiquiátricos y sujetos sanos que se encontraban entre los 17 y 64 años. Se utilizó como prueba control el MMPI. Los resultados obtenidos permitieron concluir que la escala y sus normas de calificación son válidas para nuestro país y que la Escala de Depresión Zung es un instrumento que ayuda en la detección de la depresión como síndrome y de la depresión oculta en otros síntomas.

### Entrevista

Además se aplicó una entrevista semiestructurada (ver anexo) para registrar información de tipo subjetivo y así poder conocer datos referentes a los pensamientos y emociones, los sentimientos, actitudes, percepciones y expectativas de las madres referentes a la discapacidad de sus hijos. Para la integración del estudio fue necesario identificar los datos personales: edad, sexo, escolaridad, etc. tanto del niño como de los padres y desarrollar la historia de acuerdo al guión establecido, el cual refleja las diferentes etapas del desarrollo del niño, el diagnóstico de su enfermedad y las diferentes pautas de ajuste al mismo por parte de los padres. En el caso de las madres cuyos hijos no tienen parálisis cerebral, se indagó respecto a los datos personales de ellas y de los niños.

La entrevista se diseñó a partir de diferentes entrevistas estructuradas como la utilizada en el servicio de asesoramiento temprano a los padres de la persona deficiente mental en la Confederación Mexicana en Pro Deficiente Mental A.C., de la entrevista que se realiza a los padres cuando ingresan al Centro de Terapia Educativa A.C\* y del folleto publicado en la Facultad de Psicología "La entrevista psicológica para la elaboración de la historia del desarrollo del niño".

---

\* Citado en López, L. (1991). Síndrome Down: Análisis de las vivencias paternas de frustración y depresión. Tesis de Licenciatura en la Universidad Nacional Autónoma de México.

#### 4.12 Procedimiento

Para el grupo control, se acudió a la escuela John F. Kennedy debido a que tiene una población de niños sin necesidades especiales entre los cero y cinco años de edad. Algunas de las madres de estos niños asisten una hora a la semana a pláticas que imparte la S.E.P. "Escuela Para Padres". A ellas se les hizo la invitación para participar, de manera voluntaria, en la aplicación de los instrumentos de medición de la depresión (BDI y Zung). Se destacó la importancia de conocer si presentan algún grado de depresión para poder atenderla oportunamente, así como las consecuencias que podría tener en la educación de sus hijos. La aplicación de las pruebas se realizó en forma grupal.

Posteriormente, a las personas que contestaron los instrumentos, se les hizo una pequeña entrevista con el propósito de indagar datos personales, tanto del niño como de sus padres, tales como edad, sexo, escolaridad y nivel socioeconómico. En total participaron 60 madres de familia que tienen un hijo sin necesidades especiales entre los cero y cinco años de edad.

En el caso del grupo experimental, se acudió al Centro de Estimulación Temprana de APAC por contar con una población de niños entre cero y cinco años de edad con parálisis cerebral. En dicho centro, los pequeños asisten a terapia grupal dos horas durante uno o dos días junto con sus mamás, pues uno de los objetivos de la institución es enseñarles a ellas cómo estimular a sus hijos en casa. A cada grupo se le hizo la invitación para contestar los instrumentos de medición de la depresión, indicándoles que su participación era en forma voluntaria y que los resultados obtenidos les podrían beneficiar, pues además de concientizarlas respecto al grado de depresión que tienen, en APAC les podrían proporcionar ayuda en caso de que así lo requirieran; y que además podría beneficiar a sus hijos, ya que si ellas se ocupan de su bienestar emocional, probablemente las conductas de rechazo, sobreprotección o aislamiento se reduzcan, así como los sentimientos de enojo, impotencia y frustración y puedan participar activamente en la rehabilitación de los niños.

La aplicación del Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión de Zung se llevó a cabo en forma grupal. Posteriormente a cada una de las mamás que contestaron los cuestionarios se le hizo una entrevista en forma individual con la finalidad de conocer de qué forma están viviendo el diagnóstico de su hijo, además de algunos datos personales, del niño y de sus padres, tales como edad, sexo, escolaridad y nivel socioeconómico. En total participaron 60 mujeres que tienen un hijo entre los cero y cinco años de edad con parálisis cerebral.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO V RESULTADOS

Tal como se señaló, para determinar si existen elementos depresivos en las madres que tienen un hijo con parálisis cerebral se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD). Estos instrumentos también se aplicaron a un grupo de madres de hijos sin requerimientos de educación especial con la finalidad de comparar el grado de depresión en que se encuentran ambos grupos.

En primer lugar se describen las características de la muestra:

### GRUPO CONTROL

EDAD	FRECUENCIA
20-25	14
26-30	16
31-35	14
36-40	9
41-45	6
46-50	1

TABLA 1. Frecuencia por rangos de edad del grupo control.

### GRUPO EXPERIMENTAL

EDAD	FRECUENCIA
20-25	15
26-30	18
31-35	14
36-40	8
41-45	4
46-50	1

TABLA 1a. Frecuencia por rangos de edad del grupo experimental.

Las tablas 1 y 1a muestran la frecuencia por rangos de edad y se puede observar que en el rango de 26 a 30 años se encuentra la frecuencia mayor tanto en el grupo control como en el grupo experimental, y en el rango de 46 a 50 años está la frecuencia mas baja en ambos grupos.

De acuerdo al estado civil de la muestra:

**GRUPO CONTROL**

EDO. CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	2	3
Casada	46	77
Divorciada	2	3
Viuda	0	0
Unión Libre	10	17

TABLA 2. Frecuencia y porcentaje según el estado civil del grupo control.

**GRUPO EXPERIMENTAL**

EDO. CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	3	5
Casada	41	68
Divorciada	4	7
Viuda	2	3
Unión Libre	10	17

TABLA 2a. Frecuencia y porcentaje según el estado civil del grupo experimental.

Las tablas 2 y 2a muestran que el porcentaje de mujeres casadas es mas alto tanto en el grupo control como en el grupo experimental, sin embargo, la frecuencia de mujeres casadas es más alta en el grupo control (madres de hijos sin requerimientos de educación especial), y la frecuencia de mujeres solteras, divorciadas y viudas es mayor en el grupo experimental, mientras que el porcentaje de madres que viven en unión libre es igual en ambos grupos.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Según la escolaridad de la muestra:

**GRUPO CONTROL**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	14	23
Secundaria	15	26
Bachillerato	11	18
Carrera Técnica	14	23
Licenciatura	6	10
Maestría	0	0

TABLA 3. Frecuencia y porcentaje por escolaridad del grupo control.

**GRUPO EXPERIMENTAL**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	13	22
Secundaria	17	28
Bachillerato	10	17
Carrera Técnica	11	18
Licenciatura	8	13
Maestría	1	2

TABLA 3a. Frecuencia y porcentaje por escolaridad del grupo experimental.

En las tablas 3 y 3a se puede apreciar que el porcentaje más alto, en los dos grupos, se encuentra en el grado de escolaridad secundaria, y el más bajo en el grado de maestría.

De acuerdo al nivel socioeconómico:

**GRUPO CONTROL**

INGRESO MENSUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
\$1,000 a \$2,000	13	22
\$2,100 a \$3,000	14	23
\$3,100 a \$4,000	7	12
\$4,100 a \$5,000	2	3
\$5,100 a \$6,000	10	17
\$6,100 o mas	6	10
Lo ignoran	8	13

TABLA 4. Frecuencia y porcentaje por ingreso mensual del grupo control.

**GRUPO EXPERIMENTAL**

INGRESO MENSUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
\$1,000 a \$2,000	13	22
\$2,100 a \$3,000	12	20
\$3,100 a \$4,000	10	17
\$4,100 a \$5,000	4	6
\$5,100 a \$6,000	7	12
\$6,100 o mas	4	6
Lo ignoran	10	17

TABLA 4a. Frecuencia y porcentaje por ingreso mensual del grupo experimental.

Las tablas 4 y 4a señalan que un número mayor de mamás que participaron en este estudio, tienen un ingreso mensual de \$2,100 a \$3,000, mientras que en el grupo experimental la mayoría se ubica en el rango de \$1,000 a \$2,000 mensuales.

Los datos anteriores muestran que el grupo control y el grupo experimental son similares entre sí en todo, excepto en lo que respecta a la variable independiente (la presencia de un hijo parálitico cerebral entre los cero y cinco años de edad). La aplicación de los instrumentos para medir la depresión (BDI y EAMD) se llevo a cabo de la misma manera en los dos grupos.

De acuerdo al Inventario de Depresión de Beck los resultados son:

**GRUPO CONTROL**

GRADO DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	35	58
Leve a moderada	20	33
Moderada a grave	4	7
Sumamente grave	1	2

TABLA 5. Frecuencia y porcentaje de depresión según el BDI en el grupo control.

**GRUPO EXPERIMENTAL**

GRADO DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	24	40
Leve a moderada	25	41
Moderada a grave	7	12
Sumamente grave	4	7

TABLA 5a. Frecuencia y porcentaje de depresión según el BDI en el grupo experimental.

Las tablas 5 y 5a indican que en el grupo control el porcentaje del rango normal (sin depresión) es más alto que en el grupo experimental y más bajo en el resto de los rangos, lo cual significa que las madres del grupo experimental (con hijos paráliticos cerebrales) presentan depresión con más frecuencia que las madres del grupo control (madres de hijos sin necesidades especiales).

Según la Escala de Automedición de la Depresión de Zung los sujetos se distribuyeron de la siguiente forma según el grado de depresión que presentan:

**GRUPO CONTROL**

<b>GRADO DE DEPRESIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Normal, sin psicopatología	38	63
Mínima o ligera	14	23
Moderada o marcada	6	10
Severa o extrema	2	4

**TABLA 6.** Frecuencia y porcentaje por grado de depresión según la EAMD en el grupo control.

**GRUPO EXPERIMENTAL**

<b>GRADO DE DEPRESIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Normal, sin psicopatología	26	43
Mínima o ligera	18	30
Moderada o marcada	12	20
Severa o extrema	4	7

**TABLA 6a.** Frecuencia y porcentaje por grado de depresión según la EAMD en el grupo experimental.

Los resultados de la EAMD son similares a los del BDI en cuanto a que el grupo control presenta un porcentaje más alto en el rango de lo normal (sin depresión), lo que indica que un mayor número de madres que tienen hijos con parálisis cerebral presentan algún grado de depresión, y son similares también respecto a que el porcentaje más bajo tanto en el grupo control como en el grupo experimental se encuentra en el rango de depresión grave. Sin embargo, entre los resultados del BDI y de la EAMD hay diferencias dentro del mismo grupo (control o experimental) y entre los dos grupos.

En el grupo control la frecuencia del rango normal es mayor en la EAMD que en el BDI; en el rango de depresión leve hay un porcentaje más alto en el BDI, mientras que el número de madres que tienen depresión moderada y severa es mayor en la EAMD.

En el grupo experimental, la frecuencia de sujetos que no presentan depresión es más bajo en el BDI que en la EAMD, mientras que el porcentaje de personas que tienen depresión leve es mayor en el BDI, y es menor en el rango de depresión moderada en el mismo instrumento. La frecuencia de depresión grave es igual en el BDI y en la EAMD.

Si comparamos los resultados de los dos grupos en la misma condición (BDI o EAMD), en la prueba de distribución muestral encontramos los siguientes datos:

De los resultados de los dos grupos (control y experimental) en el Inventario de Depresión de Beck se obtuvieron la media y la desviación estándar:

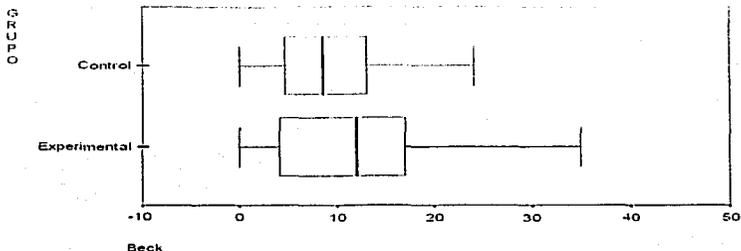
No. De Sujetos	Media	Desviación Estándar
120	11.1083	8.3825

Con la finalidad de ver si los datos se distribuyen de manera normal se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov:

<b>Kolmogorov-Smirnov Z</b>	<b>2 colas P</b>
1.3956	.0407

Puesto que el nivel de significancia ( $\alpha=.05$ ) es mayor que .0407 carece de distribución normal, por lo tanto, se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney.

La siguiente gráfica ilustra la distribución muestral en la aplicación del BDI:



GRÁFICA 1. Distribución muestral del Inventario de Depresión de Beck.

En la Escala de Automedición de la Depresión de Zung la media y la desviación estándar son:

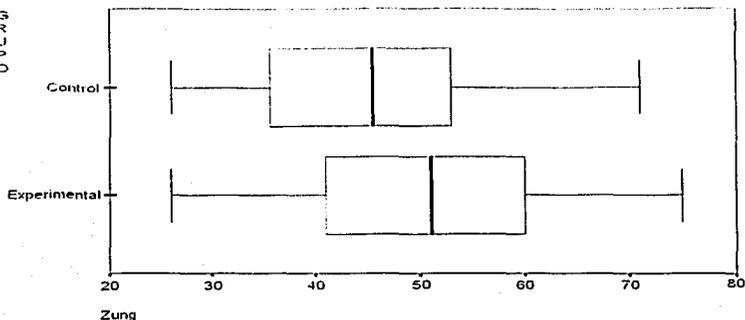
No. De Sujetos	Media	Desviación Estándar
120	47.9000	12.1658

Con la finalidad de ver si los datos se distribuyen de manera normal se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov:

Kolmogorov-Smirnov Z	2 Colas P
.7595	.6112

Dado que el nivel de significancia ( $\alpha=.05$ ) es menor que .6112 observamos que los datos se distribuyen normalmente. La distribución muestral está representada en la gráfica siguiente:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



GRÁFICA 2. Distribución muestral de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

Para unificar criterios, con los datos de la EAMD también se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y se obtuvieron los siguientes resultados:

En el BDI

	No. De Sujetos	Media de Rangos
Grupo Control	60	56.22
Grupo Experimental	60	64.78

U	Z	2 colas-P
1543.5	-1.3484	.1775

Debido a que alfa (.05) es menor que .1775, aceptamos nuestra hipótesis nula, es decir, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del grupo control y del grupo experimental en el Inventario de Depresión de Beck.

En la EAMD

	No. De Sujetos	Media de Rangos
Grupo Control	60	55.52
Grupo Experimental	60	67.48

U	Z	2 colas P
1381.0	-2.2008	.0278

Dado que, alfa (.05) es mayor que .0278 aceptamos nuestra hipótesis alterna, es decir, que existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del grupo control y del grupo experimental en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

Como ya se ha mencionado, existen diferencias entre los dos grupos en la misma condición (BDI o EAMD) y entre los mismos sujetos en diferentes condiciones. Las diferencias que existen en el BDI entre el grupo control y el grupo experimental no son significativas puesto que en este inventario, a diferencia de la EAMD, la persona no cuantifica la frecuencia de los síntomas de la depresión; de ahí que también se hayan encontrado diferentes grados de depresión en un mismo sujeto, y por ello las diferencias entre un grupo y otro son significativas en la EAMD.

## DISCUSIÓN

Cuando una pareja recibe la noticia de que pronto serán padres realizan proyectos a futuro y se forjan una serie de expectativas alrededor del nuevo ser, sin considerar, en la mayoría de los casos, la posibilidad de que puedan tener un hijo algo menos que perfecto.

El lugar que ocupa éste niño en la familia procede al mismo tiempo de la imaginación parental (el niño cuya imagen está en la mente de los padres desde antes de su concepción), pero también procede de la forma en la cual el niño real se

adapta a esta imaginación, teniendo en cuenta sus propias aptitudes y el posible o imposible trabajo psíquico parental de reorganización fantasiosa (duelo del niño fantasma para adaptarse al niño real) (Ajuriaguerra, D.; 1996). El deseo de un hijo tal como uno u otro padre lo percibe conscientemente varía en sus motivaciones y expresiones: demostrar su fertilidad, afirmar su categoría de adulto, deseo de tener un niño o una niña, buscar una forma de curar una depresión, falta de comprensión de la pareja, sustituir a un hijo perdido, etc.

Ante la presencia de un hijo con parálisis cerebral, las ilusiones y proyectos que se tenían con la criatura se ven derrumbados al conocer el diagnóstico médico. Las reacciones emocionales de los padres se manifiestan en sentimientos de dolor, consternación, decepción, duda, coraje, vergüenza o temor (Buscaglia, L. F., 1970; Toscazo, S. J., 1968 y Thurston, J. R., 1959) que provocan actitudes de rechazo y/o sobreprotección hacia el hijo paralítico cerebral (Rickman, B. D. y Henderson, A. R., 1965; Sélter, L.; Costeff, C. H.; Cohen, B.; Rahman, D.; 1974-1979 y Cook, J.J.; 1963); y es un hecho que frente a esta situación el narcisismo paterno se ve afectado pues, el apartamiento de la identificación con el Yo Ideal de perfección —ya sea física, mental o moral— puede ser vivido como la caída en la identificación con el negativo del Yo Ideal, es decir en el no valer nada, porque para los padres y madres en cuestión solo existen dos posiciones: o se es el Yo Ideal, o bien, por el contrario, se es el negativo del Yo Ideal (Bleichmar, B.H.; 1991).

Padres y madres se centran en la discusión de la etiología y la herencia. Ciertas teorías etiológicas, a veces muy fantásticas son elaboradas por los padres con el objetivo de negar toda carga hereditaria, o al contrario, para asumir todo el peso de la discapacidad del niño por parte de uno de ellos. Las reacciones defensivas constituyen la primera manifestación de la culpabilidad constante de las familias. Esta exacerba las reacciones de ambivalencia ante el pequeño con parálisis cerebral, y explica en parte las actitudes de sobreprotección ansiosa, rechazo o negación omnipotente de la discapacidad o del papel de los médicos.

Ante situaciones inesperadas, como el diagnóstico de parálisis cerebral de un hijo, las madres atraviesan por diferentes etapas emocionales. Para Elizabeth Kubler-Ross estas fases son: negación, agresión, negociación, depresión y

aceptación, y, considera que cada una de ellas puede mantenerse durante algún tiempo, sucederse reemplazando una a otra o presentarse simultáneamente. Para Kubler-Ross, en todas las etapas prevalece la esperanza de que el niño en cuestión llegue a ser normal.

Diversos autores (Diez, S., Ventola, B., Garrido, F. y Ledesma, C.; 1989) sugieren que los padres y madres de hijos con alguna discapacidad pasan cronológicamente por lo que ellos llaman reacciones postnacimiento (los padres sienten frustración por no cumplirse las expectativas depositadas en el hijo, existe un sentimiento de culpabilidad y un intento de ocultación de la discapacidad del niño); reacción de negación y/o aceptación parcial; reacción de aceptación y reacción depresiva existencial.

De acuerdo con los autores antes mencionados, la fase más importante que persiste a lo largo de toda la vida de las madres es la depresión, que además limita o impide la rehabilitación del niño e influye en el autoconcepto y autoestima del mismo. La depresión grave de la principal compañera interactiva del pequeño presenta el riesgo de reducir la calidad y diversidad de las aportaciones afectivas.

En algunos casos de niños con parálisis cerebral, cuando las madres no obtienen las respuestas esperadas según la edad de sus hijos, ya no intentan comunicarse con él de otra manera que mediante un cuerpo a cuerpo dirigido solo a satisfacer sus necesidades y abandonan su humanización.

El aspecto físico de las personas con parálisis cerebral se encuentra afectado por deformidades, ortesis y otros indicadores que los sitúan como extraños dentro de la sociedad; su forma de hablar es nasal, palatal o inteligible y su postura o forma de andar estereotipadas. El aspecto físico y la discapacidad del niño limitan su participación o actividad, pues se juzgan de acuerdo a su apariencia externa que atrae la atención hacia el propio cuerpo, fomentando así el inadecuado concepto de sí mismo (López-Arce, A.; 1997).

Dolto menciona que la invalidez de estas personas puede no afectar su imagen del cuerpo si su relación con la madre y con el entorno humano es flexible y

satisfactoria, sin excesiva angustia por parte de la madre. La evolución sana, simbolizada por una imagen del cuerpo no inválida depende de la relación emocional del padre y de la madre con el pequeño y de que éstos hayan aceptado o no la invalidez del cuerpo de su hijo.

La deficiencia física altera hondamente la satisfacción de necesidades tanto a nivel individual como en el familiar y conyugal. Puede ser que la familia, ante su dolor, obligue indirectamente a que los miembros oculten sus emociones, especialmente aquellas que causan dolor a otros, o que disimulen o hasta distorsionen los sentimientos de rabia, tristeza y depresión, por percibirlos como sentimientos no aceptados, y puede aparecer una conflictividad reactiva y defensiva ante las amenazas que sienten.

En la presente investigación, por medio de las entrevistas realizadas a mamás que tienen un hijo paralítico cerebral, corroboramos que, ante la presencia de un hijo con esta discapacidad, las reacciones de ellas están determinadas por un gran número de factores, entre ellos, la manera empleada por el médico para comunicarles el diagnóstico. Schulz (1987) menciona que los padres se quejan de la falta de cordialidad, preocupación, interés y comprensión por parte de los profesionales, lo cual puede generar consternación, angustia, desesperación y confusión en ellos.

Otro de los factores que influye en los padres es la falta de información sobre el estado del niño y su causa. Como ya se mencionó, padres y madres crean sus propias explicaciones sobre la etiología y la herencia de la discapacidad y pueden llegar a culparse o a agredirse uno a otro por haber creado una situación desagradable.

La necesidad de información según Cunningham y Davis (1988) debe permitir a todos los miembros de la familia comprender al niño con una afectación motora, las implicaciones de su deficiencia, los sentimientos de cada componente de la familia y de los miembros de la red informal y los procesos de adaptación.

Una de las preocupaciones de los padres es cómo responder a las preguntas de los vecinos, amigos y extraños sobre la discapacidad del niño (Bailey y Simeonsson; 1988). Esto es más frecuente en las madres, porque aunque la familia nuclear, es decir, el conjunto padre-madre-hijo continúa siendo el modelo de organización social más frecuente en nuestra sociedad, generalmente en el cuidado y la atención del niño parálitico cerebral la madre carga con la responsabilidad de formar al pequeño porque el padre y los hermanos no participan en la rehabilitación, por lo que es común que ella renuncie por completo a su independencia y se dedique casi exclusivamente al cuidado del niño, mostrando una actitud de que él es "algo especial", considerándolo como algo delicado, frágil y necesitado de un exceso de protección, con lo que se infundirá un doble sentimiento: de ineptitud e inadecuación, y a la vez de tener derecho a todo (Krueger, D.; 1988). Muchas de las madres de hijos con parálisis cerebral que fueron entrevistadas para la presente investigación reportan que les gustaría volver a trabajar y tener amigas a quienes contarles "sus cosas" pero consideran que no lo pueden hacer debido a que sus hijos requieren de todo su tiempo y no sienten el apoyo de sus esposos para el cuidado de éstos.

Cunningham y Davis (1988) explican que el apoyo social es necesario para impedir el aislamiento de la familia y para proporcionarle el tiempo libre y el ocio y una oportunidad para poder comparar sus reacciones con las de otras personas con el mismo problema y tener así otra perspectiva y al mismo tiempo un sentimiento de ser distinto.

## CONCLUSIÓN

La presente investigación comprendió tres objetivos generales; uno de ellos fue evaluar si existen elementos depresivos en las madres que tienen hijos con parálisis cerebral entre los cero y cinco años de edad. Los resultados que se obtuvieron a través del Inventario de Depresión de Beck y en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung indican que si existen elementos depresivos

en la mayoría de éstas mujeres; además se tomaron en cuenta otros indicadores tales como el lenguaje analógico durante las entrevistas que se aplicaron, y por supuesto el lenguaje digital.

El segundo objetivo de ésta investigación fue determinar el grado de depresión en las madres que tienen un hijo con parálisis cerebral entre los cero y cinco años de edad. Los resultados del BDI y de la EAMD demuestran que el porcentaje mas alto de las madres de paráliticos cerebrales se ubica en el rango de depresión leve, mientras que el porcentaje mas alto del grupo control, es decir, madres que tienen un hijo sin necesidades especiales, se encuentra en el rango de lo normal, sin depresión.

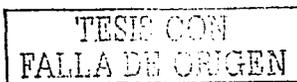
El último objetivo de ésta investigación fue analizar como influye la depresión de las madres de paráliticos cerebrales en la rehabilitación de sus hijos. La información recabada en las entrevistas que se aplicaron para cumplir con este objetivo indica que las mujeres que presentan algún grado de depresión limitan la rehabilitación de sus niños; ellas aceptan intelectualmente la discapacidad de sus pequeños, pero los rechazan emocionalmente y frecuentemente los responsabilizan de su infelicidad. Las mujeres que participaron en este estudio generalmente cumplen con llevar a sus hijos a la institución especializada y seguir las instrucciones de los profesionales dentro de la institución, pero estando fuera de la escuela no se ocupan de estimular a los niños argumentando que sus hijos no logran hacer lo que ellas les exigen y que por eso dejan de hacerles los ejercicios, como una forma de castigo por no cumplir sus expectativas, lo cual hace aun mas lentos los avances de los pequeños.

Los objetivos de esta investigación se cumplieron satisfactoriamente. Comprobamos que existen elementos depresivos en las madres de hijos con parálisis cerebral entre los cero y cinco años de edad; se estimó el grado de depresión que presentan y observamos que dichos elementos limitan la participación activa de las madres en la rehabilitación de sus hijos, cumpliendo únicamente con llevar a los niños a la institución especializada pero reduciendo la estimulación en casa y encargándose solo de sus necesidades y no de su humanización.

En la presente investigación se planteó como hipótesis conceptual que las madres que tienen un hijo con parálisis cerebral presentan depresión en un grado mayor que las madres que tienen un hijo sin requerimientos de educación especial. De acuerdo a los resultados que se obtuvieron de los instrumentos empleados para medir la depresión (el BDI y la EAMD) podemos afirmar que la hipótesis de ésta investigación se comprobó puesto que el número de madres que presentan algún grado de depresión es mayor en el grupo experimental, es decir, las madres que tienen un hijo con parálisis cerebral entre los cero y cinco años de edad, que en el grupo control (madres de hijos sin necesidades especiales entre los cero y cinco años de edad).

Otra hipótesis conceptual que se planteó en este estudio fue que ante el diagnóstico de parálisis cerebral, en las madres de los niños afectados surge un desequilibrio emocional que trae como consecuencia una deficiente y mal orientada atención hacia su hijo (Campero, C.; Lahud, R.; 1981). Por la información recabada en las entrevistas que se aplicaron para el presente trabajo, podemos aceptar esta hipótesis como verdadera ya que las madres de paráliticos cerebrales refieren que el impacto emocional de la noticia generó que se sintieran desconcertadas, angustiadas y que negaran la discapacidad de sus hijos y evitaran hablar del tema incluso con la pareja. En algunos casos, las familias buscaron diferentes lugares para atender a los niños, con la finalidad de comprender lo que estaba ocurriendo y/o encontrar un lugar donde les informaran que el diagnóstico no era cierto. Como consecuencia, algunos pequeños con parálisis cerebral recibieron atención especializada tiempo después de haber conocido el diagnóstico, retardando su rehabilitación, y como ya se mencionó, a algunos niños les exigen más de lo que pueden hacer debido a su discapacidad, y el castigo por no cumplir con tales exigencias es no estimularlos fuera de la institución.

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron en el BDI, se aceptó la hipótesis estadística nula, o sea, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grado de depresión de las madres de hijos con parálisis cerebral y el grado de depresión de las madres que tienen un hijo sin afectación motora en el Inventario de Depresión de Beck. Mientras que para los resultados de la EAMD se aceptó la hipótesis estadística alterna, es decir, que existen diferencias



estadísticamente significativas entre el grado de depresión de las madres de hijos con parálisis cerebral y el grado de depresión de las madres que tienen un hijo sin afectación motora en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung.

Como se mencionó, existen diferencias entre los dos grupos en la misma condición (BDI o EAMD) y entre los mismos sujetos en diferentes condiciones. Las diferencias que existen en el BDI entre el grupo control y el grupo experimental no son significativas puesto que en este inventario, a diferencia de la EAMD, la persona no cuantifica la frecuencia de los síntomas de la depresión; de ahí que también se hayan encontrado diferentes grados de depresión en un mismo sujeto, y por ello es que las diferencias entre un grupo y otro si son estadísticamente significativas en la EAMD.

En las familias donde uno de los miembros padece parálisis cerebral surge un desequilibrio emocional, social y económico que, aunado a la falta de orientación y conocimiento del problema trae como consecuencia una deficiente y mal orientada atención hacia el niño que limita o impide su rehabilitación (Campero, C.M. y Lahud, R.: 1981).

El estudio de los antecedentes maternos es muy significativo. Ajuriaguerra (1996) menciona que un gran número de padres y madres tuvieron una infancia difícil (soledad, carencia afectiva y de cuidados, múltiples cambios de hogar, etc.), y tal vez el deseo de reparar sus propias carencias haya sido el factor esencial para tener un hijo que aporte una satisfacción mágica, un bienestar o un apaciguamiento del sentimiento de carencia.

En las entrevistas realizadas para la presente investigación, madres de paráliticos cerebrales entre cero y cinco años de edad refieren haber tenido una infancia y adolescencia difícil, donde estuvo ausente la figura paterna, o bien, donde fueron víctimas de abuso sexual por parte del padrastro, sin mencionar que también sufrieron violencia física y verbal por parte de la madre. En general, estas mujeres no le daban importancia a estos acontecimientos hasta que conocieron el diagnóstico de sus hijos; este suceso desencadenó en ellas depresión. Las mamás que participaron en este estudio se quejan de haber tenido una vida muy difícil, y

cuando al fin creían que todo iba a estar bien tienen a un hijo con "problemas" que dificulta aun más su vida pero que saben que tienen que hacer todo lo posible para sacar al pequeño adelante. Observamos pues que las mamás entienden en forma intelectual el problema del niño, pero lo rechazan emocionalmente y lo culpan por hacerles la vida pesada.

Como ya se mencionó, el advenimiento de un nuevo ser provoca que la pareja realice proyectos a futuro y se forjen una serie de expectativas alrededor del bebé. Las madres entrevistadas para esta investigación, tanto las que tienen un hijo con parálisis cerebral como las que tienen hijos sin discapacidad, reportan que antes de que nacieran sus hijos esperaban a un niño sano, manifestaban su deseo de tener un niño o una niña y lo visualizaban corriendo y jugando. La diferencia para las madres de parálisis cerebrales es que, al conocer dicho diagnóstico, las ilusiones y los proyectos que se tenían para el bebé se derrumbaron. Al respecto una mamá menciona: "Ya tenía todas las expectativas de la niña: iba a ser campeona de natación, a estudiar Inglés y ya hasta tenía la escuela a la que asistiría, pero con esto (refiriéndose a la niña) ya no va a poder ser".

La fortaleza o la desintegración de los lazos familiares ante la presencia de un hijo con parálisis cerebral dependen de las reacciones de los padres. Cuando estos son emocionalmente fuertes, la misma experiencia dolorosa los fortalece, en cambio si los lazos son débiles tienden a romperse en este suceso. Suele ocurrir que muchas familias en las que uno de sus miembros tiene alguna discapacidad se aíslan de la sociedad, ocasionando un desajuste emocional en ellos y en el niño, quien va asimilando ese aislamiento como vergüenza, castigo, sacrificio o rechazo. En la muestra que estudiamos para este trabajo, observamos que la mayoría de las madres de parálisis cerebrales, a diferencia de las madres que tienen hijos sin necesidades especiales, únicamente salen con los niños a la escuela porque – afirman- les cuesta mucho trabajo salir con ellos, y al mismo tiempo señalan no tener amistades porque sus hijos necesitan todo su tiempo.

Las madres de parálisis cerebrales que fueron entrevistadas para esta investigación refieren sentir una gran carga por ser las únicas responsables de sacar adelante al niño, pues, aunque en la mayoría de los casos el padre está

presente, éste no participa en la rehabilitación de su hijo. Las mamás se sienten desanimadas al ver que el pequeño no avanza tan rápido como esperan y descuidan la estimulación y rehabilitación en casa, volviéndose al mismo tiempo más agresivas por no sentirse apoyadas por el esposo y con sus hijos por no cumplir con sus exigencias.

Tal como indican los resultados de esta investigación, un porcentaje más elevado de madres de hijos con parálisis cerebral que de madres de hijos sin requerimientos de educación especial, presentan algún grado de depresión. Su estado de ánimo se ve alterado por un sentimiento de tristeza, una sensación de soledad y apatía. Muchas de las mujeres que participaron en esta investigación y que presentan algún grado de depresión tienen un concepto negativo de sí mismas, desean escapar, esconderse o morir y además presentan insomnio y disminución de la libido.

En las madres de hijos con parálisis cerebral que participaron en el presente trabajo existe una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo e inhibición de la actividad, como señala Freud; sin embargo, también hay una disminución de la autoestima que da lugar a autoreproches y a expectativas irracionales de castigo, lo que sugiere un empobrecimiento interno.

También está presente el sentimiento de culpabilidad por haber dañado a su hijo y el deseo de reparar el daño ocasionado. Puede sentirse odio contra sí mismo por el daño causado y entonces se busca el castigo del culpable, en este caso de uno mismo (Bleichmar, B.H.; 1991). El autoreproche constituye la respuesta agresiva a la representación que el sujeto hace de sí mismo como agresor.

Observamos que en muchas mamás de hijos con afectación motora que participaron en este estudio está presente el mecanismo de defensa de negación. Al preguntarles sobre el diagnóstico de su hijo afirman que no les ha afectado a ellas, sin embargo, respondían con lágrimas en los ojos.

Además está presente la racionalización como mecanismo de defensa, y tratan de explicarse ellas mismas por que tuvieron un hijo paráltico cerebral.

## LIMITACIONES

En la actualidad existen pocas investigaciones sobre parálisis cerebral, y casi en ninguna de ellas se consideran los aspectos emocionales de padres y madres ante la presencia de un hijo con esta discapacidad.

Una de las limitaciones con la que nos encontramos al realizar esta investigación fue el no haber podido entrevistar y aplicar los instrumentos de medición de la depresión a los padres de los pequeños, ya que, por ser ellos los proveedores y tener que cumplir con un horario de trabajo no asisten a la institución especializada en el caso de los niños que tienen parálisis cerebral, o a la escuela en el caso de los niños sin requerimientos de educación especial.

## SUGERENCIAS

De los resultados obtenidos en este trabajo, surge la necesidad de proponer un servicio de apoyo para padres y madres de hijos con necesidades especiales, donde se brinde una psicoterapia específica para cada uno de ellos, centrada en la superación del impacto emocional que surge ante la noticia del diagnóstico del médico y enfocada a la comprensión emocional de la problemática con la finalidad de reducir las conductas de rechazo o sobreprotección hacia las personas con alguna incapacidad y las conductas de aislamiento de las familias que tienen un miembro con necesidades especiales.

También es de suma importancia fomentar la comunicación entre la pareja, sobretodo en los momentos de crisis, pues cuando se perturban los sistemas de

comunicación, se llega a situaciones de aislamiento y desintegración que afectan tanto en el plano individual como en el social. Lo más óptimo es que los padres compartan sus sentimientos, que vivan su tristeza, su enojo y que sepan expresarlo, para que juntos lleguen a acuerdos y encuentren soluciones correctas.

Desde el principio es fundamental proporcionarle a los padres la información suficiente y adecuada sobre la problemática del niño, así como hablarles con la verdad sobre el pronóstico y la rehabilitación necesaria para él, y hacer hincapié en que entre más pronto el pequeño con parálisis cerebral reciba atención en alguna institución especializada es mejor pues cuanto hagamos con un niño muy pequeño tendrá una repercusión global, y si le ayudamos en varios aspectos, cada uno de ellos repercutirá en todos los otros. Así mismo, es conveniente crear programas en los que la participación de cada miembro de la familia sea necesaria, de esta forma se puede fomentar la unión familiar.

Los objetivos del presente trabajo no son estructurar un modelo de atención psicológica para padres y madres de hijos con parálisis cerebral, sin embargo, a partir de los resultados y las observaciones de ésta investigación, me permito proponer el bosquejo de un programa de apoyo psicológico enfocado a dos puntos principalmente:

1º. Una plática informativa dirigida a los médicos encargados de comunicar el diagnóstico a los padres de familia que conste de tres sesiones: la primera específicamente para abordar el tema de los sentimientos y emociones que provoca el diagnóstico de parálisis cerebral en los padres del pequeño. La segunda sesión orientada a resaltar la importancia de ser empáticos con los padres durante la valoración del pequeño y al momento de comunicarles el diagnóstico; y la tercera para tocar la necesidad que tienen los padres del niño de conocer a fondo la etiología de la discapacidad, en qué consiste ésta, qué implicaciones tiene y el pronóstico real del pequeño.

2º. Después de haberles comunicado el diagnóstico a los padres, brindarles una psicoterapia de apoyo de aproximadamente 15 sesiones:

- a) Las dos primeras para disminuir la ansiedad, analizar los sentimientos que se han generado en ellos a raíz del diagnóstico de su hijo y conocer cuales son sus expectativas al respecto.
- b) Las dos sesiones siguientes para ver qué cambios ha habido dentro de la familia nuclear a partir de que conocieron el diagnóstico del niño y promover la unión familiar, así como considerar la reacción del resto de la familia al saber del problema de la criatura.
- c) Una quinta y sexta sesión para analizar los cambios a nivel conyugal respecto al diagnóstico del hijo.
- d) Las siguientes tres sesiones enfocadas a eliminar culpas, producto de la discapacidad del pequeño.
- e) Tres sesiones mas encaminadas a lograr la comprensión emocional de la discapacidad del niño.
- f) Dos sesiones para promover la participación activa de la familia en la rehabilitación del niño y evitar el aislamiento social de la familia.
- g) Una sesión para hablar del futuro de la familia.

## REFERENCIAS

- Anderman, E. (1998). La Entrevista Psicológica Para la Elaboración de la Historia del Desarrollo del Niño. México: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM. pp. 3-13.
- Aiken, L. (1996). Tests Psicológicos y Evaluación. 8a. Edición. México: Prentice Hall Hispanoamericana. pp. 264-266.
- Ajuriaguerra, J. (1996). Psicología del niño. 3ª. Edición. Barcelona: Masson. pp.49-63; 423-465;491-507.
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1990). Psicoterapia de la Depresión. México: Paidós. pp. 25-72.
- Atkin, L.C., Supervielle, T., Sawyer, R. y Cantón, P. (1987). Paso a Paso. Cómo Evaluar el Crecimiento y Desarrollo de los Niños. México: Pax UNICEF. pp. 54-78.
- Avila, M.E. (1992). Evaluación de un Procedimiento Psicoterapéutico en Adolescentes con Parálisis Cerebral. Tesis de licenciatura en Psicología Universidad Nacional Autónoma de México. pp. 6-15; 21-24.
- Bar Din, A. (1989). La Madre Deprimida y el Niño. México: Siglo XXI editores. pp. 18-23.
- Barraquer, B., Ponces, V., Corominas, V., Torras, B. y Noguer, R. (1966). La Parálisis Cerebral Infantil. Su estructuración Dinámica. 2a. edición. Barcelona: Ed. Científico-Médica. pp. 3-7; 136-138.
- Beck, A.T. (1976). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión. México. Ed. Merck Sharp & Dohme International. pp. 3-8; 61-66; 123-141.
- Bleichmar, B.H. (1991). La depresión: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. pp. 1-172.
- Bobath, B., Bobath, K. (1987). Desarrollo Motor en Distintos Tipos de Parálisis Cerebral. Buenos Aires. pp. 11-115.
- Bobath, K. (1982). Base Neurofisiológica Para el Tratamiento de la Parálisis Cerebral. 2a. edición. México. Ed. Médica Panamericana. pp. 13; 69-95.
- Bottinelli, M. (2002). Metodología de Investigación. Herramientas Para un Pensamiento Científico Complejo. Buenos Aires. pp. 1-67.
- Bowlby, J. (1997). La Pérdida Afectiva. Tristeza y Depresión. México: Paidós.



- Calderón, N.G. (1990). Depresión Causas, Manifestaciones y Tratamiento. México: Trillas. pp. 11-17.
- Campero, C.M. y Lahud, R. (1981). Participación de la Familia en el Manejo y Cuidado del Niño con Parálisis Cerebral. México: Regional de Estimulación Temprana UNICEF. pp.1-10; 122.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas Para el Diagnóstico. (1992). Madrid: Meditor. pp. 152-158.
- Cohen, R.J. y Swerdlik, M.E. (2000). Pruebas y Evaluación Psicológicas. Introducción a las Pruebas y la Medición. México: Mc Graw Hill.
- De Uslar, E.(1998). "Florencia Sánchez. Presencia y Compañía". Ararú. Revista Para Padres con Necesidades Especiales. (20). 10-11.
- Diccionario Corona. México: Everest.
- Dolto, F. (1997). La Imagen Inconsciente del Cuerpo. México: Paidós. pp. 9-52.
- Finnie, N. (1970). Handling the Young Cerebral Palsied Child at Home. New York: E.P. Dotton & Co. pp. 11-16; 37.
- Freixa, M. (1993). Familia y Deficiencia Mental. Salamanca, Esp. Amarú Ediciones. pp. 121-150.
- González, B.R. (2000). Psicopatología del Niño y del Adolescente. España: Psicología Pirámide. pp. 330-337.
- Gregory, R.J. (2001). Evaluación Psicológica. Historia, Principios y Aplicaciones. México: Manual Moderno.
- Haber, A y Runyon, R. (1973). Estadística General. México: Fondo Educativo Interamericano. pp. 275-282.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1999). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill. pp. 58-71, 207, 430-433.
- Infante, S y Zárate, G. (1994). Métodos Estadísticos. Un Enfoque Interdisciplinario. México: Trillas. pp. 533-550; 554-565.
- Kagan, J. (1987). El Niño Hoy. Desarrollo Humano y Familia. Madrid: Espasa-Universidad.
- Kaplan, R.; Saccuzzo, D. (2001). Psychological Testing. 5a. Edición. Estados Unidos: Wadsworth. pp. 136-137.
- Krueger, D.W. (1988). Psicología de la Rehabilitación. Barcelona: Herder. pp. 19-30.

- Ledesma, J. y Melero, M. (1989). Estudios Sobre las Depresiones. España: Universidad de Salamanca. pp. 247-250; 261-264.
- López-Arce, A. (1997). Problemas Psicológicos de los Padres con Hijos con Parálisis Cerebral. Un enfoque interdisciplinario. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM. pp.3-15.
- López, L.D. y Méndez, V.M. (1991). Síndrome Down: Análisis de las vivencias paternas de frustración y depresión. Tesis de licenciatura en Psicología Universidad Nacional Autónoma de México. pp. 43-67; 132-136.
- Manual de Diagnóstico Diferencial (DSM-IV). México: Masson, S.A. pp. 64-69; 156-158.
- Morales, C. (1995). Estudio Psicológico de Pacientes Sometidas a Inseminación Asistida Medicamente. Tesis de doctorado en Psicología Universidad Nacional Autónoma de México. p. 45.
- Ortiz, M.L. (1992). La Influencia del Ambiente Familiar en el Desarrollo de Niños con Parálisis Cerebral y Deficiencia Mental. Tesis de licenciatura en Psicología Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reca, T. (1961). Problemas Psicopatológicos en Pediatría. Buenos Aires: El Universal de Buenos Aires. pp. 279-286.
- Ríos, G. (1994). "El Sistema Familiar Afectado por la Enfermedad y la Deficiencia Física". Orientación y Terapia Familiar. Camillas, Madrid: Universidad Pontificia, Fundación Mapfre Mediana. pp. 7-19.
- Rodríguez, A.F. (1999). Validez Concurrente de los Inventarios de Depresión de Beck y Zung en Personas Deprimidas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. pp. 22-31.
- Rota, M. Saber Comunicarse con los Hijos. España. Ediciones Mensajero.
- Spreen, O., Risser, A.H. y Edgell, D. (1995). Developmental Neuropsychology. New York: Oxford University Press.
- Suárez, V.C. (1988). Validación de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. pp. 64-70.

# ANEXOS

Inventario de Depresión de Beck (BDI)	83
Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD)	86
Plantilla de calificación del EAMD	87
Tabla de conversión de la puntuación bruta al Índice SDS	88
Impresiones clínicas equivalentes globales	88
Entrevista semiestructurada para padres de hijos con PC	89

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INVENTARIO DE BECK

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nombre: \_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_ años.

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_.

### INSTRUCCIONES:

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo que mejor describa como se ha sentido esta semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso MARQUE SOLO UNA. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1)  No me siento triste.  
 Me siento triste.  
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.  
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2)  No me siento desanimado acerca del futuro.  
 Me siento desanimado acerca del futuro.  
 Siento que no tengo para pensar en el porvenir.  
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3)  No me siento como un fracasado.  
 Siento que he fracasado más que otras personas.  
 Conforme veo atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.  
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4)  Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.  
 No disfruto las cosas como antes.  
 Ya no obtengo satisfacción de nada.  
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
- 5)  No me siento culpable.  
 En algunos momentos me siento culpable.  
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.  
 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6)  No siento que seré castigado.  
 Siento que puedo ser castigado.  
 Creo que seré castigado.  
 Siento que estoy siendo castigado.
- 7)  No me siento descontento conmigo mismo.  
 Me siento descontento conmigo mismo.  
 Me siento a disgusto conmigo mismo.  
 Me odio a mí mismo.
- 8)  No me siento que sea peor que otros.  
 Me critico a mí mismo por mi debilidad y por mis errores.  
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.

TESIS CON  
FALLA EN EL CONTEN

- ( ) Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) ( ) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.  
 ( ) Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.  
 ( ) Quisiera suicidarme.  
 ( ) Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10) ( ) No lloro más que de costumbre.  
 ( ) Lloro más que antes.  
 ( ) Lloro todo el tiempo.  
 ( ) Podía llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.
- 11) ( ) Ahora no estoy más irritable que antes.  
 ( ) Me molesto o irritado más fácilmente que antes.  
 ( ) Me siento irritado todo el tiempo.  
 ( ) No me irrita por nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) ( ) No he perdido el interés en la gente.  
 ( ) No me interesa la gente como antes.  
 ( ) He perdido la mayor parte de mi interés por la gente.  
 ( ) He perdido todo el interés en la gente.
- 13) ( ) Tomo decisiones tan bien como siempre.  
 ( ) Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.  
 ( ) Se me dificulta tomar decisiones.  
 ( ) No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) ( ) No me siento que me vea más feo que antes.  
 ( ) Me preocupa que me vea más viejo y feo.  
 ( ) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.  
 ( ) Creo que me veo horrible.
- 15) ( ) Puedo trabajar tan bien como antes.  
 ( ) Tengo que hacer un esfuerzo extra.  
 ( ) Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.  
 ( ) No puedo trabajar para nada.
- 16) ( ) Duermo tan bien como antes.  
 ( ) No duermo tan bien como antes.  
 ( ) Me despierto 1 o 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.  
 ( ) Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) ( ) No me canso más de lo habitual.  
 ( ) Me canso más fácilmente que antes.  
 ( ) Me canso de hacer casi cualquier cosa.  
 ( ) Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) ( ) Mi apetito es igual que siempre.  
 ( ) Mi apetito no es tan bueno como antes.  
 ( ) Casi no tengo apetito.  
 ( ) No tengo apetito en absoluto.

- 19) ( ) No he perdido peso o casi nada.  
( ) He perdido más de 2.5 kilos.  
( ) He perdido más de 5 kilos.  
( ) He perdido más de 7.5 kilos.  
( ) (Estoy a dieta SI NO).
- 20) ( ) Mi salud no me preocupa más que antes.  
( ) Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.  
( ) Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.  
( ) Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21) ( ) Mi interés por el sexo es igual que antes.  
( ) Estoy menos interesado en el sexo que antes.  
( ) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.  
( ) He perdido completamente el interés en el sexo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos.	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces o siempre
1. Me siento abatido, desanimado y triste.				
2. Por la mañana es cuando mejor me siento.				
3. Tengo ataques de llanto o deseos de llorar.				
4. Tengo problemas de sueño durante la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres/hombres atractivos.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado.				
10. Me canso sin motivo.				
11. Mi mente está tan despejada como siempre.				
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.				
13. Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto.				
14. Tengo esperanzas en el futuro.				
15. Soy más irritable que de costumbre.				
16. Tomo las decisiones fácilmente.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Siento que mi vida está llena.				
19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto.				
20. Sigo disfrutando con lo que hacía.				

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Plantilla de calificación para la Escala de Depresión de Zung**

1	1	2	3	4	
2	4	3	2	1	
3	1	2	3	4	
4	1	2	3	4	
5	4	3	2	1	
6	4	3	2	1	
7	1	2	3	4	
8	1	2	3	4	
9	1	2	3	4	
10	1	2	3	4	
11	4	3	2	1	
12	4	3	2	1	
13	1	2	3	4	
14	4	3	2	1	
15	1	2	3	4	
16	4	3	2	1	
17	4	3	2	1	
18	4	3	2	1	
19	1	2	3	4	
20	4	3	2	1	
				Punt. Bruta	
				Indice SDS	

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Tabla de Conversión al Índice SDS**

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

<b>Índice de SDS</b>	<b>Impresiones clínicas equivalentes globales</b>
<b>Debajo de 50</b>	Dentro de lo normal, sin psicopatología
<b>50-59</b>	Presencia de depresión mínima o ligera
<b>60-69</b>	Presencia de depresión moderada o marcada
<b>70 o más</b>	Presencia de depresión severa o extrema

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## ENTREVISTA

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tipo de Parálisis Cerebral: \_\_\_\_\_

Edad del niño al ingresar a la institución: \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses.

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

### II. ESTRUCTURA FAMILIAR

Estado civil de los padres: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_

Nombre	Sexo	Edad	Escolaridad
--------	------	------	-------------

1.

2.

3.

4.

Lugar que ocupa este niño (a) entre sus hermanos: \_\_\_\_\_

Otras personas que vivan con el niño y parentesco que tienen: \_\_\_\_\_

### III. DATOS SOCIOECONÓMICOS

Ingreso familiar mensual: \_\_\_\_\_

Tipo de casa: (señale una opción)

a) Propia

b) Rentada

c) Prestada

d) Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Estado actual de la vivienda: (señale una opción)

a) Buen estado

b) Estado regular

c) Mal estado

Número de habitaciones:

Tipo de servicios con los que cuenta: (señale las opciones que sean necesarias)

1. Agua
2. Luz
3. Drenaje
4. Teléfono

#### IV. ETAPA PRENATAL

¿Ud. Planeó el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Qué hizo al saber que estaba embarazada?

Edad en que la madre se embarazó del niño (a): \_\_\_\_\_ años.

Edad del padre cuando la madre se embarazó: \_\_\_\_\_ años.

¿Utilizó algún método anticonceptivo previo al embarazo? \_\_\_\_\_ ¿Cuál?

¿Cuál era el estado físico y emocional de la madre durante el embarazo?

¿Asistió a chequeo médico? \_\_\_\_\_

¿Hubo complicaciones durante el embarazo? \_\_\_\_\_

#### V. ETAPA PERINATAL

¿Quién le dio el diagnóstico del niño (a)? \_\_\_\_\_

Edad del niño (a) al recibir el diagnóstico: \_\_\_\_\_ años.

Descripción de la salud del niño (a) en general del nacimiento a la edad actual:

¿Qué tipo de tratamientos ha recibido el niño (a)?

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## VI. VIVENCIAS DE LOS PADRES

¿Conocía Ud. el diagnóstico? (implicaciones médicas, psicológicas, sociales, pedagógicas, etc.)

\_\_\_\_\_ ¿Las conoce ahora? \_\_\_\_\_

¿Qué pensaba de su hijo (a) antes de que naciera y antes de que conociera el diagnóstico?

¿Cómo se sintió al conocer el diagnóstico?

¿Recurrió a algún lugar a buscar ayuda? \_\_\_\_\_ ¿a que lugares? \_\_\_\_\_

¿Platica con su pareja sobre su hijo (a)? \_\_\_\_\_ ¿sobre qué hablan?

¿Ha existido algún cambio en las relaciones familiares y/o conyugales después de recibir el diagnóstico? \_\_\_\_\_

Actualmente ¿cómo se siente con su hijo (a)?

¿La familia como se siente con el niño (a)?

¿Cómo se llevan los hermanos con él (ella)?

¿Cómo piensa que puede ayudar a su hijo (a)?

¿Cuál cree que deba de ser su participación en la educación y formación de su hijo (a)?

¿Qué es lo que más le desagrada de su hijo (a)?

¿Y lo que más le agrada de él (ella)?

Antes de conocer el diagnóstico de su hijo (a) ¿era frecuente que se deprimiera?

¿Actualmente es frecuente que se deprima? \_\_\_\_\_

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN