



Vol. 15 No. 1

Marzo de 2012

TERAPIA GRUPAL A MADRES DEPRESIVAS DE NIÑOS CON MIELOMENINGOCELE EN REHABILITACIÓN

Blanca Rosa Sánchez Ramírez¹ y Amelia Castellanos Valencia²
Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Occidente.

RESUMEN

Objetivo: Efectividad de terapia cognitivo-conductual grupal en madres depresivas de niños con mielomeningocele en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente. **Método:** Estudio prospectivo, previa firma de consentimiento informado, se evaluó el grado de depresión a través del inventario de depresión de Beck, proporcionando terapéutica cognitivo-conductual grupal para depresión en 8 sesiones de 120 minutos, una por semana, se analizó con estadístico t de Student y Wilcoxon. **Resultados:** Se incluyeron 29 madres; edad promedio de 33 años (23 a 56); con estado de depresión antes de la terapia, leve-moderada (19 ± 1.8 puntos), después disminuyó (6.26 ± 1.4). Hubo mayor impacto en las manifestaciones somáticas, la pérdida de energía se modificó de 83 a 44%, ($p=.003$), cambios en el apetito 79 a 44% ($p=.001$), agitación 79 a 17% ($p=.001$), pérdida de placer 76 a 27% ($p=.001$), al igual los síntomas emotivo-conductuales como llanto de 80 a 24% ($p=.001$) e irritabilidad 62 a 21% ($p=.006$) pre y postratamiento respectivamente. Todos con diferencias estadísticamente significativas. **Conclusión:** La terapia cognitivo-conductual ayuda en asimilar la realidad ante un hijo con discapacidad, reconocer la depresión y

¹ Licenciada en Psicología, Maestra en Terapia Familiar. Correo electrónico: blankarosa@live.com.mx

² Pediatra, Maestría en Ciencias Médicas.

Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Occidente. Dirección: Copal 4575 Fraccionamiento Arboledas del sur, Guadalajara, Jalisco México, CP 44980. Tel 33 31 34 25 44, Fax 33 31 34 25 25

reestructurar el pensamiento, emociones y acciones en las madres, disminuyendo los síntomas depresivos, para enfrentar situaciones propias y ajenas a la discapacidad.

Palabras clave: Depresión, mielomeningocele, madres, discapacidad, terapia cognitivo-conductual.

GROUP THERAPY TO DEPRESSIVE MOTHERS OF CHILDREN WITH MYELOMENINGOCELE IN REHABILITATION

ABSTRACT

Objective: Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in depressive mothers of children with myelomeningocele at Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente. **Method:** Prospective study, with signed informed consent of mothers were evaluated the depression level through the Beck depression inventory, providing cognitive-behavioral group treatment for depression in 8 sessions of 120 minutes, one per week. Was used statistical analysis with Wilcoxon and Student's t. **Results:** There were included 29 mothers; average age of 33 years (23 to 56); with state of depression before the therapy, slight-moderate (19 ± 1.8 points), it decreased (6.26 ± 1.4) posttreatment. The major impact was in the somatic manifestations, the loss of energy changed from 83 to 44% ($p=.003$), changes in appetite 79 to 44% ($p=.001$), agitation 79 to 17% ($p=.001$), loss of pleasure 76 to 27% ($p=.001$), as well the emotive-behavioral symptoms, such as the crying 80 to 24% ($p=.001$) and irritability 62 to 21% ($p=.006$) pre and post treatment respectively. All with statistically significant differences. **Conclusion:** The cognitive-behavioral therapy helps to assimilate the reality of a disabled son, to recognize the depression and restructure the thinking, emotions and actions in the mothers, with decreasing the depressive symptoms in order to face own situations and others' of the disability.

Key words: Depression, myelomeningocele, mothers, disability, cognitive-behavioral therapy.

INTRODUCCIÓN

El mielomeningocele es la interrupción parcial o completa de las fibras nerviosas (McDonald y Sadowsky, 2002). En niños es la consecuencia principal por déficit de cierre de tubo neural (mielomeningocele) siendo el defecto congénito

externo de mayor prevalencia en el nacimiento (Botto, Moore, Khoury y Erickson, 1999, Au, Tran y Tsai et al. 2008). México es el segundo país del mundo con mayor frecuencia en déficit de cierre de tubo neural (Valdés-Hernández, Canún-Serrano, Reyes-Pablo y Navarrete-Hernández, 2010).

En México la depresión ocupa el quinto lugar como carga de los trastornos neuropsiquiátricos (Remick 2002; Frenk, Lozano y González, 1999).

El impacto en la familia ante la discapacidad de un hijo causa una crisis movilizadora a partir del momento de la sospecha y posterior confirmación del diagnóstico, puede afectar todos los aspectos de su funcionamiento (Limiñana-Gras y Patró-Hernández, 2004; Núñez, 2003), denota un dolor muy intenso acompañado de decepción en los padres (Finnie, 1987 y Ortega, Torres, Garrido y Reyes, 2006), convirtiéndose en un hecho difícil y contradictorio en nuestra cultura donde el estigma de la discapacidad ha recaído generalmente en la madre (Limiñana-Gras, et al. 2004). Las reacciones emocionales que presentan dichas madres las colocan en un estado de mayor vulnerabilidad para desarrollar depresión (Ortega, Garrido y Salguero, 2005).

La depresión es una enfermedad mental con trastorno del estado de ánimo (DSM IV, 1995), permitiendo que la persona genere respecto de sí, pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica e inducen a un estado que les impide resolver, con los recursos acostumbrados los problemas que enfrentan con la discapacidad de su hijo en la vida diaria (Beck, 1983). Hay familias que pueden favorecer un crecimiento y enriquecimiento familiar o por el contrario, desencadenar trastornos de distinta intensidad (Núñez, 2003). La respuesta depende de la manera en que fueron criados, habilidad y experiencia, tamaño de la familia, grado de limitación en el hijo, lugar que ocupa el niño, sexo, nivel socioeconómico, escolaridad, calidad y naturaleza de los sistemas de apoyo que tuvieron los padres al enterarse de la situación, la forma en que el médico les comunicó la noticia y la estabilidad de las relaciones familiares (Ortega, et al. 2006).

El proceso para aceptar la discapacidad de un hijo, está configurado en tres etapas. La primera es la "fase de shock", en la que los padres sufren una

conmoción y un bloqueo, se muestran psicológicamente desorientados, irracionales y confusos; ante esta situación presentan sentimientos de ansiedad, amenaza y posiblemente culpa. La segunda fase es nombrada “reacción”, presentándose como enfado, rechazo, resentimiento, incredulidad, sentimientos de pesar, pérdida, ansiedad, culpa, proteccionismo o negligencia en el cuidado del niño (Ortega, et al. 2006; Suarez-Obando, Ordoñez y Macheta, 2009). En la tercera fase de “adaptación”, los papás empiezan a replantear la situación, implicando un nuevo conjunto de necesidades y adopción de ideas que les permiten entenderse a sí mismos, a la situación y valorar las posibilidades de acción pero eso no garantiza la estabilidad emocional (Ortega, et al. 2006).

La madre cuidadora del niño con discapacidad, experimenta una profunda perturbación psicológica al no ver cubiertas las expectativas idealizadas del hijo. Ante este acontecimiento la madre presenta una inestabilidad emocional durante largo tiempo, probable distimia, con sentimientos de culpa y devaluación como persona por no poder gestar un hijo sano (Caballo, 1998). Además se muestra como una proveedora inagotable de gratificación del hijo, queda aferrada a una ideología del sacrificio, prioriza la postergación sacrificada de ella como mujer, esposa y madre de otros hijos, siendo una situación llena de ambivalencia para la madre (Núñez, 2003), así como de factores psicosociales que la hacen más susceptible como la autoestima baja, asilamiento social, trastornos de la dinámica familiar que incrementan la probabilidad de presentar síntomas depresivos (Peralta-Pedrosa, Mercado-Castelazo, Cruz-Avelar, Sánchez-Márquez, Lemus-Rocha y Martínez-García, 2005). La presencia de este trastorno, se refuerza en la vida diaria de la madre (Caballo, 1998).

El proceso del pensamiento de la madre con depresión, se caracteriza por pérdida del control voluntario de sus cogniciones e incapacidad de reformular esquemas de pensamiento más adecuados, Beck propone (1983) un abordaje cognitivo conductual partiendo de la “triada cognitiva” que se refiere a la manera de percibirse a sí mismo, a sus experiencias (pasado) y a su futuro.

El enfoque cognitivo-conductual, hace énfasis en el análisis y modificación de patrones de pensamiento disfuncional y la sustitución de estos por patrones

racionales y adaptativos. Esta terapia se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta del individuo están determinados por la manera que se tiene de estructurar su mundo: pensamiento – emoción – comportamiento. Los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información existente en las estructuras cognitivas. Los contenidos cognitivos son esos esquemas de creencias nucleares (se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre uno, representan el nivel cognitivo más profundo), supuestos o creencias intermedias (son creencias que suelen expresarse como proposiciones, condiciones a las normas y actitudes). Estos esquemas son las estructuras cognitivas de organización de la información en la memoria y representan para la persona el conjunto de experiencias previas que actúan como moldes que rigen la atención, influyen en la interpretación de los acontecimientos y facilitan el recuerdo (Beck, 2000).

Por lo que en este trabajo se busca comprobar que el proceso terapéutico grupal que se realiza en el área de atención familiar en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente favorece el manejo de la depresión con disminución de síntomas depresivos presentes en madres de niños con mielomeningocele.

MÉTODO.

En Enero del 2011 en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Occidente con autorización del Comité de Ética en Investigación y previa firma de consentimiento informado, se realizó el estudio prospectivo, donde participaron 29 madres de niños con mielomeningocele, residentes de la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara. Todas ellas sin trastornos psiquiátricos, con enfermedades crónico terminales, retraso mental, en tratamiento psiquiátrico medicamentoso o con proceso psicoterapéutico.

Antes y después del tratamiento se evaluó a través del inventario de depresión de Beck, escala con 21 reactivos sobre los síntomas de la depresión y puntuación de 0 a 63.

La intervención psicoterapéutica realizada fue de 8 sesiones, cada una de dos horas, con aplicación semanal, trabajando en los temas de integración e

información de la depresión, reorganización, manejo de pérdidas, encuentro con mi hijo con discapacidad, línea de la vida, proyecto de vida, autoestima, sentido de mi vida y cierre, el primer objetivo fue el conocimiento de la depresión y reconocimiento de las manifestaciones en cada una de ellas, para poder modificar en lo posible el esquema de conexión. Se hicieron conscientes los pensamientos negativos que autogeneran y su impacto desfavorable en los sentimientos y acciones, así también visualizaron los pensamientos positivos que favorecen su estado de ánimo y los que pudieran agregar día a día, siendo importante la identificación y el uso de los mismos en situaciones difíciles para poder reestructurar los pensamientos que sabotean el estado emocional. Además se autoevaluaron en eventos de impacto significativo ocurridos en el transcurso de su vida para rescatar aprendizajes conscientes e inconscientes que les beneficiaran, permitiendo reestructurar y planear su presente y futuro. Por último se resaltaron las cualidades como instrumento para incrementar autoestima y la importancia de las autosatisfacciones dentro del contexto de la discapacidad de su hijo.

Se controlaron las variables independientes durante la intervención o psicoterapia de grupo, puesto que la muestra y el trabajo en cada sesión estuvo definido y protocolizado previamente; sin embargo no se pudieron controlar las variables externas a las que estuvieron expuestas, además de las ya identificadas al inicio del estudio.

Se realizó la descripción de frecuencias, para presentar las variables de esta investigación: según la escala usada: numérica media y desviación estándar, ordinal mediana y percentiles. Se emplearon las pruebas de Wilcoxon de rangos signados para comparar diferencias de variables ordinales o numéricas con sesgo y curtosis fuera de rangos y se usó prueba de t para analizar los promedios de depresión total antes y después del tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 29 madres de pacientes con mielomeningocele, mediana de edad 33 años, intervalo de 23 a 56 años, el estado depresivo encontrado antes del tratamiento fue leve-moderado con 19 ± 1.8 puntos con inventario de Beck. 27%

presentó depresión mínima o normal, el 39% leve, 14% moderada y 10% severa (figura 1).

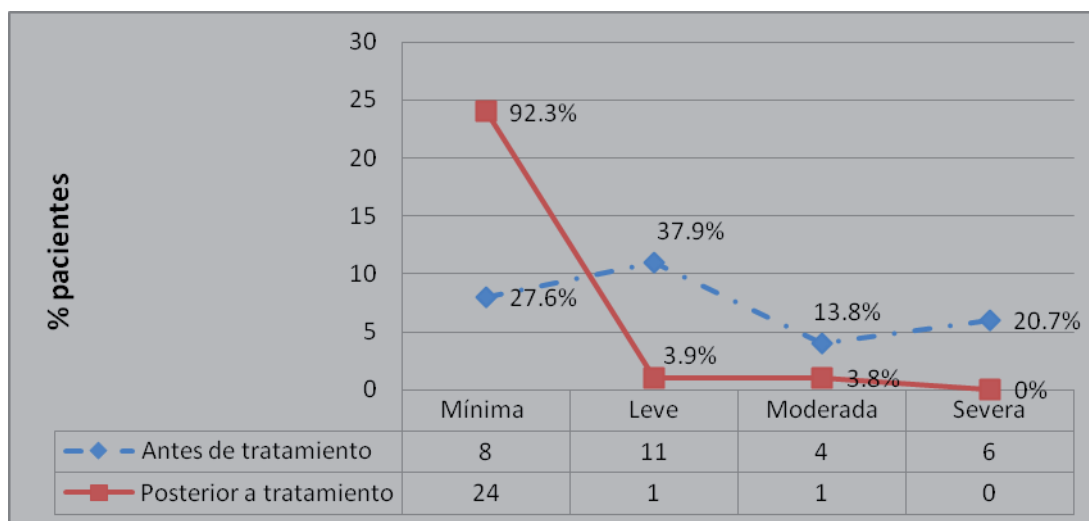


Figura 1. Evolución de la depresión con terapia conductivo-conductual grupal ($p < .001$).

Según la escala (dimensión cognitiva de la depresión autoinformada) se determinó que las madres desconocían que se encontraban en depresión, ya que no tenían ideas suicidas en el 69%, ni se sentían castigadas en el 65%, sin embargo en los pensamientos hacia sí mismas el 76% refirieron sentirse culpables respecto de varias cosas que hicieron o debían haber hecho, en disconformidad con uno mismo el 31% perdieron la confianza en ellas, el 13% se encontraron decepcionadas consigo mismas, 7% no se gustaron y el 45% no se sintieron tan valiosas como antes o en relación con otras personas, el 76% se criticaban y culpaban por lo malo que sucedió, pero sólo el 45% se sintieron fracasadas.

Estas áreas cognitivo-afectivas, pueden orientar probablemente a una distimia, depresión prolongada de al menos 2 años del estado de ánimo con suficiente intensidad para ser un episodio depresivo leve-moderado, por el antecedente de presentar un hijo con mielomeningocele que puede ser el origen y cronicidad de los síntomas depresivos. Sin embargo en éste trabajo no se realizó una evaluación que diferencie el tipo de trastorno afectivo.

En el área afectiva individual un alto porcentaje presentó alteración en las emociones, el 69% tuvo tristeza gran parte del tiempo, el 62% se encontró más irritable de lo habitual y el 80% se sintió tensa, inquieta ó agitada.

La manifestación emotiva conductual más importante fue la labilidad emocional con llanto fácil en el 80% de las madres, les resultó más difícil la toma de decisiones en el 69%.

A pesar del desconocimiento de la presencia de depresión, casi todas las madres tuvieron síntomas somáticos de ésta, como cambios en los hábitos de sueño 72%, cambios en el apetito el 79%, dificultad de concentración 69%, cansancio 76%, pérdida de energía 83%, pérdida de placer 76%, y pérdida de interés en el sexo 62% (cuadro 1).

	N	% antes	% después	% Diferencia	P
	2				<.00
Tristeza	9	69	17.2	51.8	1
	2				0.00
Pesimismo	9	48.3	13.8	34.5	8
	2				0.01
Fracaso	9	44.8	17.2	27.6	1
	2				<.00
Pérdida de placer	9	75.9	27.6	48.3	1
	2				0.00
Sentimientos de culpa	9	75.9	41.4	34.5	5
	2				0
Sentimientos de castigo	9	34.5	13.8	20.7	032
	2				0.00
Disconformidad con uno mismo	9	51.7	20.7	31	5
	2				<.00
Autocrítica	9	75.9	17.2	58.7	1
	2				0.03
Pensamientos o ideas suicidas	9	31	10.3	20.7	5
	2				<.00
Llanto	9	79.3	24.1	55.2	1
	2				<.00
Agitación	9	79.3	17.2	62.1	1
	2				0.03
Pérdida de interés	9	58.6	34.5	24.1	8
	2				0.00
Indecisión	9	69	24.1	44.9	5
	2				0.00
Desvalorización	9	44.8	10.3	34.5	4
	2				0.00
Pérdida de energía	9	82.8	44.8	38.0	3
Cambios en los hábitos de	2	72.4	51.7	20.7	
					0.01

sueño	9				4	
		2				0.00
Irritabilidad	9	62.1	20.7	41.4	6	
		2				<.00
Cambios en el apetito	9	79.3	44.8	34.5	1	
		2				0.00
Dificultad de concentración	9	69	34.5	34.5	2	
		2				0.00
Cansancio o fatiga	9	75.9	34.5	41.4	2	
		2				0.01
Pérdida de interés en el sexo	9	62.1	20.7	55.2	6	
		2				<.00
Depresión total	9	90.0	35.0	55.0	1	
		2				<.00
Depresión mínima o normal	9	27.6	92.3	64.7	1	
Depresión leve		2				<.00
	9	37.9	3.9	34.0	1	
Depresión moderada		2				<.00
	9	13.8	3.8	10.0	1	
Depresión severa		2				<.00
	9	20.7	0	20.7	1	

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Cuadro 1. Porcentaje de síntomas depresivos antes y después del tratamiento.

La terapéutica cognitivo-conductual ayudó a las madres al reconocimiento de la depresión y reducción de los síntomas en general en un 55%. El 92% terminaron su proceso con valores de depresión considerada como mínima o normal, mientras que solo el 4% refieren depresión leve y moderada mientras el 20% de las madres que tenían depresión severa ya no la mostraron. Hubo diferencias estadísticamente significativas en cada uno de los síntomas. El beneficio más importante corresponde al área cognitivo afectiva, como la agitación mejorando un 62% gracias al trabajo realizado con ellas para organizar tiempo y actividades según prioridades, delegando responsabilidades, además de la insistencia en la autosatisfacción personal. Los pensamientos hacia su persona como autocrítica disminuyeron en un 59%, por el manejo efectivo de la autoestima y la culpa. La pérdida del placer mejoró 55% a través de disfrutar todas las actividades. Los síntomas afectivos individuales que disminuyeron con mayor impacto fueron el llanto 55% y tristeza 51% gracias al cambio de actitud negativa y reestructuración emocional. Como consecuencia los síntomas somáticos también

mejoraron en el cansancio o fatiga en un 41%, cambios en el apetito en un 34% y dificultad de concentración 34%. Otros síntomas cognitivo afectivos con mejoría fueron la irritabilidad 41% y la indecisión 45% (cuadro 2).

	N	Mediana antes	Mediana después	Diferencia	P
Tristeza	29	0.793	0.142	0.651	<.001
Pesimismo	29	0.759	0.142	0.617	0.008
Fracaso	29	0.724	0.178	0.546	0.011
Perdida de placer	29	0.931	0.25	0.681	<.001
Sentimientos de culpa	29	0.793	0.392	0.401	0.005
Sentimientos de castigo	29	0.586	0.107	0.479	0.032
Disconformidad con uno mismo	29	0.793	0.25	0.401	0.005
Autocrítica	29	1.31	0.178	1.132	<.001
Pensamientos o ideas suicidas	29	0.414	0.071	0.343	0.035
Llanto	29	1.483	0.25	1.233	<.001
Agitación	29	1.034	0.143	0.891	<.001
Perdida de interés	29	0.862	0.321	0.541	0.038
Indecisión	29	0.931	0.357	0.574	0.005
Desvalorización	29	0.586	0.071	0.515	0.004
Pérdida de energía	29	0.896	0.464	0.432	0.003
Cambios en los hábitos de sueño	29	1.166	0.632	0.534	0.014
Irritabilidad	29	0.793	0.214	0.579	0.006
Cambios en el apetito	29	1.362	0.55	0.812	<.001
Dificultad de concentración	29	1.103	0.392	0.711	0.002
Cansancio o fatiga	29	1	0.392	0.608	0.002
Pérdida de interés en el sexo	29	0.931	0.321	0.61	0.016
Depresión total	29	19.069	6.269	12.8	<.001

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Cuadro 2. Mediana de síntomas depresivos antes y después del tratamiento.

DISCUSIÓN

Resultó significativamente favorable en este estudio, la terapia grupal para la depresión en madres hijos con mielomeningocele, lo que viene a favorecer el proceso de asimilación y adaptación de las condiciones reales de sus hijos con discapacidad.

De acuerdo con la escala de Beck los resultados iniciales de éste trabajo hablan de una depresión leve-moderada aunque en su mayoría no llegan a ser severa, posiblemente si es crónica agudizándose con facilidad ante cualquier evento desfavorable con los hijos. Corroborando lo que expone Finnie (1987) de la presencia de esta sintomatología en madres de hijos con discapacidad manifestando depresión ante el hijo con limitaciones, siendo una reacción natural en los padres de familia, en particular en la madre, por ser el cuidador principal.

Bristol refiere que las madres de niños con discapacidad experimentan fatiga, baja autoestima e insatisfacción interpersonal (Bristol, 1984).

En éste trabajo coincidimos con Hernández en la efectividad de la terapia cognitivo conductual en madres de un hijo con discapacidad y la disminución de la sintomatología de la depresión con diferencias significativas, considerando que nuestra muestra y el impacto fue mayor. Comparando las investigaciones no coincidimos en que el sentimiento de culpa es el menos favorecido al finalizar la intervención (Hernández, 2010).

Desde la perspectiva de Beck la mayoría de las madres posterior a tratamiento de depresión resultan dentro del rango de la normalidad (Beck, Ward y Mendelson, 1961).

Vera evalúa la efectividad de la terapia en mujeres deprimidas a través de técnicas de reestructuración cognitiva, ensayos conductuales y resolución de problemas para la reducción de síntomas de depresión al igual que en éste trabajo (Vera, 2004).

A pesar de que en otras propuestas se hablan de la necesidad de 15 a 25 sesiones con un modelo cognitivo conductual para la eficacia de la terapéutica de depresión, nosotros con 8 sesiones efectivas logramos una reducción significativa de la depresión (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2001).

Contrario a la hipótesis de Marino que pone en entre dicho las practicas clínicas como la terapia cognitivo conductual e incluso critica el uso de fármacos, por la creciente incidencia de la depresión y propone en cambio desde la evidencia empírica que la activación conductual es más eficaz. Sin embargo a pesar de que ninguna de nuestras madres fue medicada para éste fin, la terapia

cognitivo conductual sí mostró beneficios en madres deprimidas (Pérez- Álvarez, 2007).

Se observó que estas madres ante su problemática, reestructuran de acuerdo a sus necesidades la tristeza e irritabilidad, dentro de la etapa de negación que viven ante la discapacidad, mejorando éstos síntomas (Cunningham y Davis, 1994).

Hubo resultados favorables aún a pesar de referir, que durante el proceso de intervención grupal algunas participantes vivieron situaciones extraordinarias como la infidelidad de su pareja e incluso de ellas mismas, cirugías con sus hijos, separaciones y violencia física, que sí impacto en los resultados obtenidos en la última evaluación.

El que las madres tengan menor avance en los síntomas somáticos como pérdida de energía, interés y sentimientos de culpa, está relacionado en lo que refiere Johnson en relación al papel forzado del cuidador principal, ante un hijo con discapacidad, ya que este representa un rol de compromiso moral por las emociones de amor, culpa, sentido del deber, decoro, valores religiosos, generando angustia cuando se ven forzados a renunciar aun por un periodo corto a los cuidados del hijo (Johnson y Cown, 2001).

También tuvieron menor impacto los hábitos de sueño, la pérdida de interés relacionada con las pobres expectativas hacia el futuro de sus hijos referido por autores como Aply, Barbour y Westmacott (1967).

CONCLUSIONES

La asimilación de la realidad ante un hijo con discapacidad y el reconocimiento de la depresión que se presenta como consecuencia de la limitación funcional del niño, con la secundaria reestructuración del pensamiento, emociones y acciones en las madres, benefician en la reducción de síntomas de depresión. El estado de ánimo óptimo, genera funcionalidad en su vida cotidiana y les permite enfrentar positivamente las situaciones propias y ajenas a la discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aply, J., Barbour, F. y Westmacott, I. (1967). Impact of congenital heart disease on the family. Preliminary report. **British Medical Journal**, **1**, 103-112.
- Au, K.S., Tran, P.X. y Tsai, C.C. (2008). Characteristics of a spina bifida population including North American Caucasian and Hispanic individuals. **Birth Defects Research A: Clinical and Molecular Teterology**, **82**, 692-700.
- Beck, A. (1983). **Terapia Cognitiva de la depresión**. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A., Ward, C.H. y Mendelson, M.A. (1961). An inventory for measuring despresion. **Archives of General Psychiatry**, **4**, 561.
- Beck, J.S. (2000). **Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización**. Madrid: Gedisa.
- Botto, L.D., Moore, C.A., Khoury, M.J. y Erickson, J.D. (1999). Neural tube defects. Review. **The New England Journal of Medicine**, **341** (20), 1509-19.
- Bristol, M. (1984). Family resources and successful adaptation to autistic children. En Schopler, E. y Mesibov, G. (Eds). The effects of autism on the family. **New York. Plenum Press**.
- Caballo V. (1998). **Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1**. España: Siglo XXI.
- Cunningham, C. y Davis, H. (1994). **Trabajar con los padres. Marcos de colaboración**. México: siglo XXI.
- DSM IV. (1995). **Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona. Grafiques, 92, 323-327.
- Finnie, R.N. (1987). **Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral**. Prensa Médica mexicana; México.
- Frenk, J., Lozano, R. y González, M.A. (1999). Economía y salud: Propuesta para el avance del sistema de salud en México. **Fundación Mexicana para la salud**, México.
- Hernández, M.A. (2010). Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión, un análisis de caso. Universidad Autónoma de México; Beck AT, Ward CH, Mendelson MA. (1961). An inventory for Measuring despresion. **Archives of General Psychiatry**, **4**, 561.
- Johnson, J. y Cown, W. (2001). **Terapia familiar de los trastornos neuroconductuales**. Az: Desclée de Brouwer.

- Limiñana-Gras, R.M. y Patró-Hernández, R. (2004). Mujer y salud: Trauma y cronificación en madres de discapacitados. **Anales de psicología**, **20** (1), 47-54.
- Mcdonald, J.W. y Sadowsky, C.L. (2002). Spinal-cord Injury Seminar. **Lancet**, **359**, 417-25.
- Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares **Archivos Argentinos de Pediatría**, **101** (2), 133.
- Ortega, P., Garrido, A. y Salguero, A. (2005). Expectativas y maneras de vivir la paternidad con niños discapacitado. **Psicología y Salud**, **15** (002), 263-269.
- Ortega, P., Torres, L., Garrido, A. y Reyes, A. (2006). Actitudes de los padres en la sociedad actual con hijos e hijas con necesidades especiales. **Psicología y Ciencia Social**, **8** (1), 21-32.
- Peralta-Pedrosa, M.L., Mercado-Castelazo, E., Cruz-Avelar, A., Sánchez-Márquez, O., Lemus-Rocha, R. y Martínez-García, M.C. (2005). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. **Revista Medica Mexica del Instituto Mexicano**, **44** (5), 409-414.
- Pérez-Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. Papeles del psicólogo. **Consejo general de colegios oficiales de psicólogos**, **28** (002), 97-110.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. **Psicothema**, **13** (3), 493-510.
- Remick, R.A. (2002). Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. **Canadian Medical Association Journal**, **167**, 1253-1260.
- Suarez-Obando, F., Ordoñez, A. y Macheta, M. (2009). Percepciones de las madres con hijos por malformaciones congénitas mayores: necesidad de desarrollo de un sistema de atención apropiado. Estudio Cualitativo de grupos focales. **Colombia Medica** **40**, 85-94.
- Valdés-Hernández, J., Canún-Serrano, S., Reyes-Pablo, A.E. y Navarrete-Hernández, E. (2010). Mortalidad por defectos en el cierre del tubo neural en menores de 5 años de edad en México de 1998 a 2006. **Salud Pública de México** **52**, 341-349.

Vera, P.E. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica. Las intervenciones apoyadas en la evidencia. ***Revista de psicología***, **10**, 4-10.