UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

"ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y FACTORES ASOCIADOS EN MADRES DE NIÑOS CON HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO DETECTADOS POR TAMIZ Y EN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA

P R E S E N T A :

PEDRO LUIS HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

DIRECTORA: DRA. MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ PÉREZ

ASESORA: DRA. TERESA LEONOR SÁNCHEZ PÉREZ

MÉXICO, D. F. 2009

Quiero dedicar este trabajo...

...a ti Pamela, la estrella que ilumina mi camino, porque me has enseñado que se puede lograr lo que se quiere, espero que esta tesis en algún momento te sirva de ejemplo y motivación, es para ti y por favor, nunca olvides que eres la persona más importante en mi vida, te amo.

...a mis padres, Pita y Pedro, por ser ejemplo y por su incondicional apoyo para seguir adelante.

...a Erika, un gracias no expresa todo lo que has hecho por mi, tu apoyo, tu amistad, tu amor, tu compañía, tu mirada, tu sonrisa... por coincidir... te amo.

...a Coco, por tu amor hacia nosotros y hacia la vida, te aprendí, entre muchas cosas, que aunque todo parece perdido, siempre hay fuerzas para seguir adelante.

...a la Dra. Sánchez, por no quitar el dedo del renglón, le agradezco el apoyo que me ha brindado en todos los aspectos, pero sobre todo por la oportunidad de permitirme trabajar con usted, sin lugar a dudas, mi mejor tesoro en el ámbito profesional.

...a los niños del LSND, porque siempre me bendicen con una sonrisa y hacen que ame mi trabajo; y a las mamás, por su tiempo y apoyo, son la parte medular de esta tesis.

Quien cree haber llegado a la cima,
en realidad ha empezado a declinar
ya que todo logro es una etapa
en el arduo camino de la vida.

Infinitas GRACIAS....

...a Juan Antonio, irrepetible ser humano y gran amigo, por compartir esta singular aventura, por tu alegría e incondicional apoyo, un abrazo.

...a la Bruja, Josefo, Danny y Roy, su compañía y cariño alientan mi vida.

...a Tobias y a Yola, lejos en la distancia, cercanos en el corazón.

...a Carlos, mi Tío y Daniel, por su apoyo y ser ejemplos de fortaleza.

...a Vania y Valeria, por su compañía, apoyo y palabras de aliento, las quiero mucho.

...a Audry y a la Sra. Judith, por su valiosa ayuda.

...a todos los profesores que compartieron sus experiencias y conocimientos.

...a Rolando, por tu incondicional apoyo, tus valiosas enseñanzas y tu tiempo, sin tu ayuda esto hubiera sido más difícil.

...a Karla, por tu amistad y tu valioso tiempo, tus consejos fueron de gran ayuda.

...a Ale, Cata y Hugo, por su invaluable amistad y apoyo desde el primer día que los conocí.

...a Mary, Gaby, Pera, Ismene, Mónica, Bety, Oli, Miriam, Gerardo A., Gerardo B., Ivone, Lorena, Claudia, Rosario, Evelyn, Fabiola, por sus palabras de aliento, su apoyo y porque siempre es un gusto aprender de ustedes.

...al Dr. Mandujano, por su epistemológico punto de vista
que enriquece mi formación profesional y personal.

...a la Dra. Leonor, por sus valiosos consejos y su ayuda.

...a Paty Muñoz Ledo, por tu apoyo y tus enseñanzas dentro y fuera del aula.

...a María, por estar ahí y por tu singular manera de apoyar.

...a mis compañeros de la maestría.

...a las niñas de servicio social y a los alumnos de la maestría por sus muestras de apoyo.

...a la Vida... que me ha dado tanto...

ÍNDICE

Introducción. 1

I. ANTECEDENTES

1.1 Estrés y afrontamiento 6

1.2 Ansiedad 14

1.3 Depresión 19

1.4 Apoyo Social. 28

1.5 Inteligencia 39

1.6 Hipotiroidismo congénito 48

Justificación 59

Pregunta de investigación 60

Objetivo general. 60

Objetivos específicos 61

Hipótesis 61

II. METODOLOGÍA.

Tipo de estudio 62

Población objetivo 62

Población de estudio 62

Criterios de inclusión 62

Criterios de exclusión 62

Descripción de variables 63

Definiciones operativas. 63

Procedimiento 66

Análisis estadístico 67

Consideraciones éticas 67

III. RESULTADOS 68

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 91

Bibliografía 98

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia del hombre, el estudio por la infancia no fue relevante hasta el último siglo, sobre todo en lo concerniente a la toma de conciencia respecto a su salud y bienestar. En este lapso las repuestas emocionales de la familia hacia la morbilidad y la mortalidad infantil han sido variables novedosas. El desarrollo de la conciencia relativa a este tipo de situaciones ha llevado un largo proceso, asimilando elementos de tipo mágico religioso, de conocimientos empíricos, de actitudes ante lo esperado y lo inesperado y ante las opciones de responder a tales condiciones en la medida de las posibilidades humanas dentro de su contexto sociocultural; por ejemplo el nacimiento de prematuros o malformados implicó, hasta mediados del siglo XX, situaciones extremas llevando a los padres a la exclusión social del niño y aún a su exclusión material.

La presentación de la enfermedad en los niños condicionó el surgimiento de las prácticas pediátricas. Sin embargo, para la observación cotidiana de los padres respecto al desarrollo de su hijo, sólo en algunos casos las manifestaciones de retraso fueron evidentes, pero en otros, los procesos por su evolución, se desarrollaron de manera paulatina, y sólo se reconocieron al paso del tiempo, tal es el caso del cretinismo que conducía a manifestaciones en el crecimiento, en la motricidad y al retardo mental como la consecuencia más desfavorable. Las respuestas que este tipo de problemas indujeron en los padres también tuvieron perfiles variados, desde marginación en centros de reclusión, utilización inmoral como la explotación a través de exhibirlos en ferias y en circos, búsqueda de curaciones milagrosas, etc. Todas estas respuestas implicaron también actitudes, diversos procesos emocionales y psicológicos como la incertidumbre, rechazo, angustia, depresión y otros.

Es apenas en los años sesentas del siglo pasado cuando la psicología del desarrollo centra su interés en los procesos emocionales que se llevan a cabo

en los padres, entre ellos, las respuestas ante situaciones consideradas como extremas como por ejemplo tener a un hijo enfermo.

El estrés se ha revelado como un aspecto inevitable dentro de la vida del ser humano y la forma de afrontarlo marca la pauta para su proceso de adaptación. Estrés y afrontamiento han sido así puntos de confluencia para la investigación. Uno de los principales representantes de la investigación de estos aspectos ha sido Richard Lazarus quien, junto con Susan Folkman, han desarrollado una amplia teoría acerca del tema. Para estos autores, la relación entre el individuo y su entorno es primordial para la definición de estrés, en la cual se toman en cuenta las características propias del sujeto y la naturaleza del medio.

Una enorme variedad de eventos pueden ser o no estresantes para una u otra persona. Algunos teóricos han tratado de clasificarlos pero ningún esquema ha sido totalmente satisfactorio; probablemente la escala de Holmes y Rahe (1967) sea de las más utilizadas. En ella se enlista una serie de acontecimientos que se presentan a lo largo de la vida y a cada uno se le asigna un porcentaje y en la cual el embarazo o padecer una enfermedad están consideradas como situaciones que producen mucho estrés. Esta escala hace referencia a la enfermedad propia, pero no la padecida por un hijo. La forma de presentación de la enfermedad en el hijo, su cronicidad, la edad de presentación, si se presenta en el primogénito, etc., son condiciones cargadas de fuertes simbolismos; a esto, habría que agregar la poca o nula información que los padres suelen tener de ciertos padecimientos.

El caso del hipotiroidismo congénito (HC) reviste un interés particular ya que es un padecimiento sistémico de alta prevalencia que resulta de la deficiencia de las dos hormonas tiroideas biológicamente activas que son indispensables para el desarrollo y la maduración del cerebro; esta deficiencia hormonal ocasiona retraso mental irreversible si no se inicia el tratamiento en los primeros meses de vida. Por el contrario, si el niño recibe oportuna y

adecuadamente el tratamiento hormonal sustitutivo la probabilidad de establecer secuelas cognitivas se reduce a un mínimo.

En México el HC presenta una prevalencia elevada, sin embargo hay poca información "popular" acerca del mismo, por otro lado, es un padecimiento en donde las manifestaciones empiezan a ser notorias alrededor del segundo o tercer mes de vida, lo que conlleva a una mayor probabilidad de alteraciones en el desarrollo y el riesgo de retraso mental conforme transcurre el tiempo sin tratamiento se corre el riesgo de una mayor severidad, el cual implica un estigma social y agréguese como factor estresante para los padres, que el tratamiento hormonal sustitutivo que recibirá el niño es de por vida. Todos estos elementos resultan ser impactantes para la familia, por lo que consideramos importante estudiar como se enfrenta esta situación, principalmente cómo lo afronta la madre, ya que ella suele ser la cuidadora principal, de ella dependerá, en gran medida, no sólo la administración adecuada del tratamiento sino la atención integral del padecimiento de su hijo.

Tomemos también en cuenta que la madre no acaba de salir de un proceso estresante cuando entra a otro, es decir, el embarazo representa un proceso potencialmente estresante por los cuidados que requiere, las continuas visitas al médico y los estudios requeridos, que además implican gastos económicos, agréguesele mayor estrés si es un embarazo no planeado o si es un embarazo de alto riesgo; posteriormente viene el parto y todas sus implicaciones, desde buscar en donde será, hasta el momento preciso del nacimiento, pasando por todos los preparativos para la llegada de ese ser que ya viene cargado de fuertes simbolismos hasta las mismas contracciones antes del parto; no se diga si durante el mismo ocurre alguna complicación por pequeña que parezca. Ya en casa, también resulta estresante adaptarse a un nuevo estilo de vida, en un principio son constantes las levantadas a media noche para dar de comer, calmar algún cólico, cambiar el pañal, saber por qué llora el niño, en fin, tantas nuevas situaciones para una madre primeriza; y cuando todo parecía normal, viene la noticia de que la prueba tamiz fue positiva y

de que padece una enfermedad que le puede ocasionar retraso mental. ¿Qué tan estresante resulta una situación así? ¿Cómo se le hace frente?

Para Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento puede presentarse bajo dos modalidades: dirigido a manipular o modificar (solucionar) el problema (afrontamiento dirigido al problema) y dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar (afrontamiento dirigido a la emoción) respuestas que pueden combinarse, predominando un estilo.

El afrontamiento suele quedar determinado por los recursos con los que cuenta el sujeto y por su habilidad para aplicarlos. Entre estos recursos se encuentra el apoyo social, ya que se ha observado que ayuda a amortiguar las experiencias estresantes. La ansiedad y la depresión también son aspectos que se han asociado al afrontamiento.

La capacidad intelectual de la madre se relaciona estrechamente con la percepción o no de una situación como problema. La enfermedad, en ausencia de estructuras mentales suficientemente integradas, puede no ser contemplada como problema y quedar inmersa en visiones restringidas sólo al dato de la magnitud observable, sin contextualización y sin anticipaciones de las posibles repercusiones para la vida del hijo.

El objetivo de este estudio por consiguiente fue determinar los estilos de afrontamiento y algunos factores como ansiedad, depresión, apoyo social y coeficiente intelectual, en un grupo de madres de niños con HC detectados por tamiz metabólico y bajo tratamiento hormonal sustitutivo que asistieron a un programa de seguimiento del neurodesarrollo para su evaluación. Esto representa una primera aproximación en el tema, con la finalidad de orientarnos y continuar con un trabajo a largo plazo.

A continuación se hace una pequeña descripción de las partes que integran esta tesis. En el capítulo I se desarrollan los antecedentes, en donde en un primer punto abordamos el tema de estrés y afrontamiento, dando una

breve explicación de la teoría de Richard Lazarus, posteriormente se exponen los aspectos teóricos de la ansiedad, la depresión, el apoyo social y la inteligencia, comenzando por la definición, una breve reseña histórica, algunas teorías que explican el tema y algunos instrumentos que se utilizan para evaluarlas; finalmente se aborda el hipotiroidismo congénito.

En el capitulo II se expone la metodología utilizada en el presente trabajo; en el capitulo III se presentan los resultados obtenidos y en el capitulo IV se hace la discusión y las conclusiones del trabajo.

I ANTECEDENTES

1.1 ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

Los primeros teóricos consideraban el estrés como una respuesta corporal causada generalmente más por estímulos físicos que psicológicos. Walter Cannon (1929-1970) fue el primer investigador moderno que aplicó el concepto del estrés a los humanos con este término. Cannon se interesó principalmente por los efectos del frío, falta de oxígeno y otros estresores ambientales sobre los organismos. El énfasis que Cannon puso sobre el estrés como una forma de respuesta fue continuado por Hans Seyle en 1956. Desde sus primeros días de estudiante de medicina interna, se sorprendió al comprobar que pacientes con diferentes enfermedades compartían muchos síntomas: "se sentían y tenían aspecto de enfermos, tenían la lengua blanca, se quejaban de molestias o dolores más o menos difusos en las articulaciones y de trastornos intestinales con pérdida de apetito" Este pensamiento condujo a Seyle a la concepción de un "síndrome general de enfermedad" y por último a representar el estrés como una respuesta general del cuerpo destinada a protegerlo de los desafíos asociados con la enfermedad y las dolencias. Concretamente, creía que había una reacción común a los estresores externos que seguía la secuencia de respuesta de alarma, respuesta de resistencia y agotamiento. Suponía que esta reacción general del cuerpo, a la cuál denominó "Síndrome general de adaptación", ocurría en todas las formas de estrés: físico o enfermedad. Es decir, además de los cambios localizados producidos por un daño específico como una herida, quemadura o infección, el "síndrome de adaptación general" se superimponía a los cambios específicos. (Bakal, 1996)

La investigación experimental sobre el estrés indica que los efectos fisiológicos, así como los psicológicos y los conductuales de los estresores dependen en gran medida de factores cognitivos. Es decir, si las situaciones no se consideran o interpretan como dolorosas, amenazantes o nocivas, producen menores repuestas fisiológicas. Lazarus y Folkman (1984) definieron el estrés como una

relación particular o "transacción entre la persona y el entorno que la persona valora como excesiva o desbordante para sus recursos y que pone en peligro su bienestar". La definición ha sido ampliamente acogida por el énfasis que hace en el individuo y en su capacidad para manejar las demandas externas. El estrés *"per se"* no es el factor importante para la adaptación sino la forma en que el individuo lo maneja. (Bakal, 1996)

Los estudios clínicos del estrés se han centrado en la valoración y manejo que el individuo hace de los factores. Las valoraciones son juicios conscientes o inconscientes sobre la naturaleza del ambiente y la propia capacidad para responder al mismo. En palabras de Lazarus, "la valoración de la amenaza no es una simple percepción de los elementos de la situación sino un juicio, una inferencia en la que los datos se asimilan a la constelación de ideas y expectativas." La valoración primaria hace referencia a la percepción inicial de que existe peligro o amenaza, mientras que la valoración secundaria se refiere a lo que la persona puede hacer sobre la amenaza o el grado en que cualquier acción aliviará dicho peligro o amenaza. Lazarus y Folkman (1984) diferenciaron la valoración secundaria de la primaria con el fin de subrayar la amplia gama de diferencias individuales en respuestas a un acontecimiento que se percibe como estresante. La valoración secundaria se halla estrechamente vinculada a la forma en que el individuo maneja el estrés percibido. El modelo transaccional subraya la importancia de los recursos del individuo para el manejo del estrés y en este mismo orden coloca la carga del manejo del estrés sobre el individuo. Las diferencias individuales en la forma de percibir, valorar e interactuar con el medio son las determinantes más importantes de la respuesta mal adaptativa más que la frecuencia y el carácter del estresor. (Bakal, 1996)

Sin embargo el estrés al ser una respuesta general del organismo ante demandas internas o externas que en principio resultan amenazantes, consisten, básicamente, en una movilización de recursos fisiológicos y psicológicos para poder afrontar tales demandas. El estrés, por tanto, es una respuesta adaptativa que puede resultar beneficiosa para incrementar y

mantener el rendimiento y la salud. El exceso cuantitativo o cualitativo de estrés, consecuencia por un lado, de la exposición a múltiples o muy impactantes situaciones estresantes y por el otro, a la falta de recursos apropiados para hacer frente a tales situaciones o como resultado del agotamiento de un organismo que con bastante frecuencia debe estar sobrefuncionando para manejar las situaciones que podrían afectarlo, puede perjudicar, seriamente, el rendimiento y la salud de las personas, constituyendo, de hecho, un destacado determinante del rendimiento deficitario y uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades más graves de nuestro tiempo. (Buceta, 2001)

La idea de que el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, y que su afrontamiento establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final tiene una gran relevancia para Lazarus y Folkman (1986) y por lo tanto se deben tomar en cuenta los procesos cognitivos que median entre el encuentro con un estímulo y la reacción. Dentro de los procesos cognitivos la evaluación del estrés es el punto mediador entre el afrontamiento y la reacción del sujeto al evaluar el significado e importancia de la situación para su propio bienestar.

Según los mismos autores, la evaluación cognitiva puede ser de tres tipos: primaria, secundaria y reevaluación.

La evaluación primaria consiste en la valoración de una situación como:

1) Irrelevante, cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo.
2) Benigna-positiva, que tiene lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas.
3) Estresantes, que son aquellas que significan pérdida/daño, amenaza y desafío.

La evaluación secundaria es una valoración relativa a lo que debe y puede hacerse; incluye la valoración de la posible eficacia de los estilos de

afrontamiento, de la posibilidad de que un estilo determinado pueda aplicarse de forma efectiva y la evaluación de las consecuencias de utilizar un estilo determinado en el contexto de otras interpretaciones y demandas internas y/o externas.

La reevaluación se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de nueva información recibida del propio individuo y/o del entorno.

El proceso de evaluación cognitiva se ve influido tanto por factores personales, como por factores situacionales. Lazarus y Folkman (1986) afirman que las características formales de las situaciones que influyen sobre la evaluación y que originan la posibilidad de amenaza, daño o desafío son:

Novedad: una situación nueva será capaz de provocar amenaza sólo si ciertos aspectos de ella se han relacionado con algún daño.

Predictibilidad: implica que existen características ambientales que pueden ser discernidas, descubiertas o aprendidas. Es un aviso de que algo doloroso y dañino ocurrirá.

Incertidumbre: se refiere a cómo la probabilidad de que ocurra un acontecimiento influye en su evaluación.

Y dentro de los factores temporales consideran:

Inminencia: es el tiempo que transcurre antes de que ocurra un acontecimiento; es el intervalo durante el que éste se anticipa.

Duración: hace referencia al tiempo que persiste un acontecimiento estresante.

Incertidumbre temporal: Es el desconocimiento del momento en que un acontecimiento ocurrirá.

Una parte fundamental del proceso de evaluación cognitiva es el afrontamiento, cuyo concepto se deriva de dos corrientes distintas: la experimentación animal y la psicología analítica del Yo.

El modelo animal define al afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno. Se insiste principalmente en este modelo la conducta de evitación y huída. Para la psicología analítica del yo, el afrontamiento es el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto reducen el estrés. Los sistemas de afrontamiento basados en el modelo de la psicología del yo, generalmente conciben una jerarquía de estrategias que van desde los mecanismos inmaduros o primitivos, hasta mecanismos más evolucionados. (Lazarus, 1986)

Mora (2001) menciona que en 1962 Murphy definió el afrontamiento como cualquier intento de manejar (dominar) una situación nueva, potencialmente amenazadora, frustrante retadora o gratificante. Considera que no importa cual conducta muestre el individuo pues cada uno usa su propio método para enfrentar una situación particular en un momento específico. Sin embargo son Lazarus y Folkman (1986) quienes formulan una teoría acerca del estrés y el afrontamiento y donde lo definen como *"aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes, para manejar las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo"*. Además plantean que el afrontamiento es un proceso más que un rasgo, puesto que cambia con las demandas y conflictos específicos; no debe confundirse con una conducta adaptativa automatizada. Como proceso, tiene tres aspectos principales: hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace; esto es analizado dentro de un contexto específico, es decir las acciones de afrontamiento se dirigen hacia condiciones particulares y significan cambios en los pensamientos y actos a medida que la interacción con el estresor va desarrollándose. Los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones en la cambiante relación individuo–entorno.

El afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene;

es decir, funciones que no se definen en términos de resultados, aunque cabe esperar que determinadas funciones tengan determinados resultados.

Lazarus y Folkman (1986) resaltan que el afrontamiento es de dos tipos, cada uno caracterizado por sus funciones:

a) Dirigido al problema: son similares a la solución de problemas y consisten en definición del mismo, generación de alternativas de solución, valoración de las alternativas en términos de costo-beneficio, selección y acción.

b) Orientado a la emoción: son procesos cognitivos dirigidos a aminorar el grado de trastorno emocional y que incluye estrategias como evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a partir de los negativos.

En general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación que indica que no pueden modificarse las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de cambio.

Desde un punto de vista teórico, tanto el afrontamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción pueden interferirse entre sí en el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro. Un resultado ideal del afrontamiento incluiría resoluciones permanentes que den satisfacción a la persona. (Sotelo, 2000)

Para el afrontamiento, el individuo cuenta con una serie de recursos definidos como características o conductas individuales con potencial para manejar eficazmente los estresores. Estas características se constituyen por facetas de la personalidad que afectan la variedad de factores que incluye el afrontamiento y pueden incrementar el potencial individual para resolver efectivamente el

estrés. Resulta difícil intentar catalogar todos los recursos que muestran las personas para afrontar las infinitas demandas de la vida, por ello es necesario identificar las principales categorías que incluyen salud y energía, creencias positivas, técnicas para la resolución de problemas, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales. El que una persona tenga muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. (Lazarus, 1986)

En ocasiones, la novedad y la complejidad de la situación estresante dan lugar a demandas que exceden los recursos del individuo; sin embargo, los recursos pueden ser de hecho adecuados, pero el individuo no los utiliza al máximo porque de hacerlo podría crearle conflictos y perturbaciones adicionales. También el grado de amenaza que experimenta el individuo juega un papel importante; cuanto mayor es la amenaza, más primitivos, desesperados o regresivos tienden a ser los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y más limitado al abanico de los modos de afrontamiento dirigidos al problema. (Lazarus, 1986)

Existen numerosas investigaciones que hablan sobre el afrontamiento. Sotelo (2000) refiere un trabajo de Lazarus donde se recapitula los estilos de afrontamiento más utilizados, por ejemplo: cuando la situación estresante se refiere a actividades de trabajo se emplea como estrategia de afrontamiento el autocontrol y el planteamiento de soluciones; en situaciones económicas se emplea el afrontamiento confrontativo, la búsqueda de apoyo social y el escape–evitación. Por lo tanto, si el evento se puede modificar o tiene posibilidades de cambio, se recurre más al empleo del planteamiento para la solución de problemas y la revaloración positiva. En cambio, cuando el problema no tiene posibilidades de modificarse las estrategias de afrontamiento más utilizadas son el distanciamiento y el escape–evitación. Por último, si se requiere más información sobre el evento estresante, el apoyo social es un elemento muy empleado.

En investigaciones donde el suceso a afrontar es una enfermedad crónica, en la mayoría se describen los modos de afrontamiento que utilizan directamente los pacientes siendo menos las que describen los modos de afrontamiento de los padres de los enfermos. Goldbeck y cols. (2001) describieron la adaptación de los padres al diagnóstico de enfermedad crónica en el hijo, encontrando que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la comunicación y el soporte social. Burke y cols. (2001) observaron que a pesar de que los padres de niños que son constantemente hospitalizados son considerados veteranos en el sistema de cuidado, cada hospitalización presenta problemas únicos que generan un nuevo estrés. Miller (2000) exploró las similitudes y diferencias en los estilos de afrontamiento entre padres e hijos en familias donde alguien padece hemofilia, encontrando que existen diferencias importantes en los estilos de afrontamiento. Davis (1998) investigó el estrés y el modo de afrontamiento de madres de niños con defectos congénitos en el corazón; encontrando que el ajuste de la madre está asociado con los altos niveles de estrés diario.

En este contexto, en la literatura no encontramos referencias sobre el estilo de afrontamiento de las madres de niños con enfermedades con las características del hipotiroidismo congénito, que no se detecta con facilidad al nacimiento, que sus repercusiones en el desarrollo se observan tardíamente y que los padres juegan un papel determinante para su solución medicando diariamente al hijo a lo largo de toda su niñez.

1.2 ANSIEDAD

Dentro de la literatura médica es raro encontrar que se haga distinción entre los términos ansiedad y angustia, comúnmente se emplean como sinónimos a pesar de que en castellano son dos experiencias distintas, lo mismo ocurre en la lengua francesa, en donde existen dos conceptos: *angoisee* y *anxiété*, y en la inglesa donde se emplean *anguish* y *anxiety*. En cambio, en la lengua alemana, sólo existe un vocablo que agrupa indistintamente a las dos: *angst*. Etimológicamente la palabra angustia proviene del latín *angor*, que hace referencia a una sensación de angostura, de estrechez, de estenosis. La raíz griega Ανηοχία quiere decir "estrangular"; en ambos casos hay una referencia a la opresión. (Rojas, 2004)

La ansiedad es considerada un mecanismo adaptativo que permite al organismo poner en marcha conductas de defensa, y que por lo tanto, aparece ante cualquier circunstancia que represente una amenaza o un peligro real para la propia persona, o que sea interpretada como tal. La ansiedad patológica difiere de la normal sólo por su intensidad y su incoherencia, pero no por la cualidad de la emoción en sí misma. Así la ansiedad como síntoma representa un continuo desde la emoción normal hasta la ansiedad patológica, la cual supera los límites adaptativos y afecta de forma negativa al rendimiento y al funcionamiento psicosocial. Esta ansiedad patológica como síntoma puede estar presente de forma secundaria en numerosas entidades médicas y en casi todas las psiquiátricas, pero en ocasiones se considera que constituye el núcleo central de una serie de síndromes clínicos específicos llamados trastornos de ansiedad y que son los que se describen en casi toda la literatura cuando se aborda este tema. Hoy en día el DSM-IV-TR y la CIE-10 son los dos principales sistemas de clasificación de las enfermedades mentales que existen y en ellos se establecen los criterios para el correcto diagnóstico de estos trastornos. (Diez, 2000)

Históricamente se han propuesto diversas teorías acerca de la ansiedad y sus trastornos, entre ellas se encuentran:

Teoría psicodinámica

En su trabajo Inhibición, síntoma y angustia de 1926, Freud consideraba a la ansiedad como una reacción del Ego ante las fuerzas instintivas del Ello y que podían ser peligrosas para la integridad de la persona. Así, la ansiedad era una fuerza en sí misma que hacía una función de señal de alarma ante el peligro pulsional inaceptable y para cuya represión motivaba al Ego, poniendo en marcha mecanismos de defensa. Cuando los mecanismos de defensa fracasaban, la ansiedad surgía a la consciencia como síntoma, mientras que cuando los mecanismos de defensa tenían éxito podían aparecer síntomas consecuencia de los mismos (fobias, obsesiones) de este modo la ansiedad ya no era un fenómeno fisiológico sino psicológico, como una señal que aparecía ante peligros y amenazas, y que era central en el conflicto psíquico y en la génesis de defensas psicológicas. (Diez, 2000)

Teorías cognitivas

Lazarus y Averill (citados por Diez, 2000) definieron la ansiedad como "una emoción basada en la valoración del temor, una valoración que vincula elementos simbólicos, anticipatorios e inciertos." Son precisamente los mecanismos cognitivos que median entre el estímulo estresante y la respuesta emocional los que permiten distinguir la ansiedad de otras emociones. Spielberger (citado por Diez, 2000) se refirió a la ansiedad como una reacción emocional compleja que es evocada en aquellos sujetos que interpretan situaciones concretas como personalmente amenazantes. La intensidad y duración de tal estado estarían determinadas por la cantidad de amenaza y la persistencia de la interpretación cognitiva de la situación como peligrosa. Hizo también hincapié en la diferencia que existe entre la ansiedad como un estado emocional transitorio, fluctuante en el tiempo y vivido con aprensión, tensión y aumento de la actividad vegetativa; y la tendencia o rasgo de ansiedad, relativamente estable y definido en términos de diferencias individuales.

En la teoría cognitiva de Beck se plantea que las alteraciones en el procesamiento de la información tienen un papel en la etiología y mantenimiento de los componentes afectivo, fisiológico y conductual de los trastornos de ansiedad. Esta

disfunción cognitiva se manifiesta como un predominio de pensamientos relacionados con el peligro. La ansiedad clínica representa una exageración de los mecanismos normales de supervivencia en los que hay una sobrepreocupación ante el concepto de peligro y una infravaloración de la habilidad personal para afrontar la situación. Por lo tanto, el núcleo del trastorno ansioso no está en el sistema emocional, sino en los esquemas cognitivos relativos al peligro, que presentan continuamente una visión de la realidad como amenazante y del sí mismo individual como vulnerable. (Diez, 2000)

Instrumentos

Existen diferentes pruebas para medir la ansiedad, dos de las más utilizadas son:

Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 (MMPI-2).
Este inventario de personalidad fue elaborado por Hathaway y McKinley en 1967 y es de los más utilizados en la práctica clínica para determinar los aspectos de la personalidad. Está constituido por más de 500 preguntas divididas en diferentes escalas. La escala Pt (psicastenia) hace énfasis en la ansiedad.

Índice de ansiedad rasgo-estado de Spielberger (IDARE).
Elaborado en 1971 por Charles Spielberger en base a la teoría propuesta por él, mide de manera fácil y rápida la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Cada una de estas escalas está compuesta por 20 reactivos con cuatro opciones de respuesta en donde la persona puede indicar "como se siente en general" para la escala rasgo y "como se siente hoy" para la escala estado. Cada reactivo se puntúa de 1 a 4 y en base a la suma de los puntajes crudos se obtiene una puntuación percentilar. (Spielberger, 1975)

La elevada y creciente tasa de trastornos ansiosos, incluso la cada vez más precoz aparición y tardía existencia de los mismos, puede llevar a pensar, con amplias dosis de certidumbre, que nos hallamos ante una disfunción contextual en la medida en que tanto los estados de frustración como los temores no resueltos y persistentes o los cuadros de estrés mantenidos por una persona actualmente, así

como los numerosos momentos triviales que convertimos en trascendentales pasan a ser con facilidad estados de ansiedad. Sin embargo tal cuestión adquiere una enorme relevancia, pues no sólo puede existir un disparo ansioso ante un estímulo o situación determinados, sino incluso ante la previsión o posibilidad de que éstos puedan llegar a aparecer; en conocido miedo al miedo, el cual es otro concepto íntimamente relacionado. (Luengo, 2005)

Para Rojas (2004) la ansiedad *"es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión de temor, de indefensión, de zozobra. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la angustia (o ansiedad) se produce por nada, se difuminan las diferencias. De ahí que podamos decir, simplificando en exceso los conceptos, que el miedo es un temor con objeto, mientras que la ansiedad es un temor impreciso carente de objeto exterior".*

Este temor indefinido suele experimentarse como anticipación de lo "peor", se está temeroso, lleno de incertidumbre. Al menos en el miedo, debido a la existencia de lo concreto, se pueden emplear mecanismos racionales para huir, lo que no pasa con la ansiedad donde no existe el referente, es impreciso, por ello hay mucho de sorpresa en la ansiedad.

Cuando la ansiedad es muy intensa y de larga duración, se producen manifestaciones físicas funcionales importantes que, a la larga, constituyen el entramado de la patología psicosomática. Por el contrario, cuando no es excesiva, la ansiedad tiene una función adaptativa puesto que ayuda a enfrentar ciertos requerimientos y exigencias concretas de la vida y se considera en el campo de la motivación.

Tradicionalmente la psiquiatría considera a la ansiedad a través de dos variables básicas: la vivencial y la física. En la actualidad se le analiza desde cinco dimensiones y se ha redefinido como "una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta y de activación generalizada". Lo primero que destaca es la característica de ser una

señal de peligro difusa, que el individuo percibe como una amenaza para su integridad. Sin embargo, no todas estas señales de peligro alcanzan un determinado nivel de conciencia, para eso son necesarias dos premisas fundamentales: una intensidad suficiente y una duración que se prolonga en el tiempo. Hay por tanto, desencadenantes externos que pueden ser objetivados con evidencia, y desencadenantes internos constituidos por recuerdos, ideas, pensamientos, fantasías personales, etc., que actúan como estímulos y que deben y pueden ser controlados. Pero es difícil predecir cuándo va a ponerse en marcha un proceso de ansiedad. (Rojas, 2004)

El aumento o la disminución de la ansiedad tienen mucho que ver con la elaboración individual de la información que al sujeto le llega. Las condiciones son impuestas por la emisión de esas señales de temor y por la percepción de las mismas. La gama de reacciones a la ansiedad puede ser de gran diversidad: desde la huida a las conductas de evitación, pasando por la búsqueda de protección, agresividad, depresión, etc. Cada día reconocemos mejor los estímulos atemorizantes. Cuando éstos tienen una gran intensidad, producen una excitación emocional fuerte, que puede bloquear el procesamiento de la información, surtiendo a la larga poco efecto. Por el contrario, los estímulos suaves, ligeros, producen mayor efecto porque permite que la información sea procesada y utilizada intelectualmente. (Rojas, 2004)

La ansiedad y la depresión frecuentemente se solapan, por lo que no es raro observar depresiones con una gran carga de ansiedad o cuadros de angustia empañados con sintomatología depresiva; son los trastornos más característicos de la vida afectiva. Ambos representan las formas más frecuentes de experimentar las emociones, los sentimientos, y las pasiones, que son las tres fórmulas esenciales de la afectividad. Los sentimientos son el modo diario en que se manifiesta todo lo no intelectual; la emoción es una vivencia de agitación más breve y recortada, pero súbita, que se acompaña siempre de síntomas físicos y las pasiones son también experiencias internas tan intensas como las emociones, pero de una duración similar a la de los sentimientos. Pueden darse ansiedad y depresión en estos tres estilos vivenciales. (Rojas, 2004; Vallejo, 2000)

1.3 DEPRESIÓN

Del latín *deprimere* que significa abatimiento o hundimiento, y es el plano vital del ser humano lo que se hunde en la depresión. (Alonso-Fernández, 2001)

Históricamente la palabra depresión tiene pocos años de utilizarse, fue desde la época grecorromana que se le dio el nombre de melancolía (de μέλας, "negro" y χολή, "bilis"), término que prevaleció hasta el siglo pasado. En la edad media Santo Tomás de Aquino aseguraba que los demonios y las influencias astrales eran los responsables de este mal; idea que empezó a hacerse de lado con la publicación, en 1630, del tratado "Anatomía de la melancolía" de Robert Burton. Philippe Pinel, a principios del siglo XIX, señaló como causas posibles de la melancolía primero a las psicológicas y en segundo a las físicas; también le dio énfasis a algunas características de los enfermos, principalmente al pensamiento obsesivo de los melancólicos y que la memoria y la asociación de ideas normalmente se encontraban alteradas, pudiendo incluso, inducir al suicidio. En México, el médico indígena Martín de la Cruz describió en 1552 que durante la época prehispánica este cuadro era considerado como un problema médico; tal reconocimiento y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades indican el alto grado de adelanto en la medicina azteca. (Calderón, 1984)

Uno de los grandes problemas que se ha presentado a lo largo de estos años y que ha sido objeto de múltiples controversias e investigaciones es la clasificación de los desórdenes melancólicos. Empezando con Moebius quien en 1893, introdujo la dicotomía: etiología endógena frente a etiología exógena como base para la clasificación; Gillespie distingue dos grupos principales de depresiones: autónomas y reactivas. Su grupo de depresiones "autónomas" era muy semejante al de las "endógenas" de Kraepelin, por lo que la dicotomía "endógena – reactiva" fue la más utilizada; Maphoter y Lewis sostuvieron que las depresiones debían entenderse desde una perspectiva unitaria. Heron termina sus estudios sobre la dicotomía endógeno – exógeno con la idea de que

hay que reemplazar la palabra endógeno por primario, por lo que dio paso a las depresiones primarias y las depresiones secundarias. También se han propuesto otros pares dicotómicos: el tipo S (somático) frente al J (justificado), de Pollit; la depresión vital frente a la personal, de Van Praag; la depresión bipolar frente a la monopolar de Leonhard, par desarrollado unos años después por Perris y otros como depresión bipolar y unipolar. (Jackson, 1989)

En la actualidad el DSM-IV-TR y la CIE-10 son los dos principales sistemas de clasificación de las enfermedades mentales que existen y aunque se busca que exista la mayor compatibilidad entre ambos sistemas aún presentan diferencias. Ante ello, se trabaja en el DSM-V que será publicado no antes del 2011.

Se han propuesto diversas teorías psicológicas para explicar los trastornos del estado de ánimo las cuales difieren en muchos aspectos. Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, investigadores de la Universidad Complutense de Madrid, han hecho una recopilación de las principales teorías psicológicas que se han desarrollado acerca de la etiología de la depresión, entre ellas se encuentran:

Teorías psicodinámicas

El psicoanálisis hizo las primeras formulaciones psicológicas. Karl Abraham, discípulo de Freud, influido por la teoría del desarrollo psicosexual de su maestro, articuló una teoría psicodinámica de la depresión. En su trabajo "Duelo y Melancolía" Freud tomó en cuenta las hipótesis de Abraham para constituir lo que sería el núcleo del modelo psicodinámico de la depresión. Considera que la melancolía y el duelo son respuestas a la pérdida de algo o alguien a quien se ha amado, señaló síntomas como tristeza acompañada de dolor profundo, falta de interés, pérdida de la capacidad de amar así como inhibición de la actividad; hizo notar que la melancolía se diferencia del duelo por una disminución extraordinaria de la autoestima, lo que ocasiona excesivos autorreproches y expectativas irracionales de castigo inminente, también se

caracteriza por la vaga noción que tiene el melancólico de la naturaleza de su pérdida, siendo incapaz de reconocer la causa de su tristeza.

Las recientes teorías psicoanalíticas señalan que las personas depresivas son aquellas que, desde pequeñas y debido a la pérdida de un objeto amado por rechazo, separación o muerte, se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria. Estas pérdidas han hecho que su autoestima, su autovaloración, dependa excesivamente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal modo que se ven incapaces de superar la frustración cuando por cualquier circunstancia son rechazados, criticados o abandonados. (Sanz, 1995)

Algunos teóricos psicodinámicos han postulado la existencia de al menos dos tipos diferentes de depresión. Por un lado las ligadas a cuestiones de logro, autodefinición y autovalía; con autocritica excesiva y donde se manifiesta una gran cantidad de sentimientos de culpa, de fracaso e inutilidad, se denomina depresión introyectiva, dominada por las metas o autocrítica; mientras que las relacionadas a situaciones interpersonales, mostrando una excesiva dependencia hacia otros manifestando una sintomatología caracterizada por los sentimientos de soledad, indefensión, abandono, pérdida y falta de amor, se denomina anaclítica, o dependiente. (Sanz, 1995)

Teorías conductuales

Las teorías conductuales se basan en que la principal característica de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas, hipótesis planteada por Skinner en 1953. (Sanz, 1995)

Lewinsohn (citado por Sanz, 1995) señala que la falta o pérdida de refuerzos positivos circunstanciales a la conducta, constituiría la causa suficiente de la depresión que, a su vez, podría estar sustentada en la ocurrencia de tres factores aislados o combinados: primero, que el ambiente no proporcione el reforzamiento suficiente; segundo, la falta de habilidades sociales para obtener

los reforzamientos dentro del ambiente; y tercero, la incapacidad de aprovechar los reforzadores disponibles debido a que el sujeto presenta elevados niveles de ansiedad social, que al interferir con la puesta en marcha de sus habilidades sociales, le impiden acceder a los refuerzos sociales.

Costello (citado por Sanz, 1995) señalaba que la pérdida de interés general por el medio que les rodea es el rasgo más característico de las personas deprimidas y que los siguientes factores, aislados o en combinación, son los principales responsables de la pérdida general de efectividad de los reforzadores: (1) cambios endógenos bioquímicos y neurofisiológicos, y (2) la pérdida de uno o varios de los estímulos condicionados o estímulos discriminativos de una cadena conductual, bajo el supuesto de que la efectividad de los reforzadores de una cadena conductual está supeditada a la realización completa de dicha cadena conductual.

Teorías cognitivas

Durante la llamada "revolución cognitiva" en los años setenta, los psicólogos se enfocaron en los síntomas cognitivos de la depresión y subrayaron la idea de que ésta depende de cómo la persona ve e interpreta los acontecimientos que le ocurren, por ello se han analizado los procesos cognitivos que juegan un papel fundamental en el inicio, el curso y/o la remisión de la depresión. Las teorías que señalan los distintos elementos cognitivos que entran en juego en la depresión se pueden agrupar en tres: teorías del procesamiento de información, teorías cognitivo-sociales y teorías conductuales-cognitivas. Dentro de todos estos planteamientos teóricos y para fines de este trabajo se referirá el planteamiento realizado por Beck.

En la teoría cognitiva de Beck se hace énfasis en el procesamiento de información, la idea principal señala que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en este procesamiento. Es muy común la aparición de sentimientos de tristeza y abatimiento posterior a un suceso vital que supone una pérdida o un fracaso; sin embargo, en los individuos depresivos

aparece una distorsión o un sesgo en el procesamiento de los acontecimientos que implican una pérdida o privación, se valora en exceso los acontecimientos negativos, se consideran frecuentes, globales e irreversibles, revelando la triada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Desde el punto de vista de Beck es este procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado el que conduce al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan al trastorno depresivo. No obstante este tipo de procesamiento, así como los demás síntomas, puede ser el producto de muchos factores y así, en la etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos.

Beck señala: "En muchos casos de depresión no endógena la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: (a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; (b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y (c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo". (Sanz, 1995)

Teorías interpersonales

Las teorías interpersonales consideran importantes las primeras experiencias infantiles de apego en la conformación de factores de vulnerabilidad a la depresión, uno de estos factores son las habilidades interpersonales que el sujeto ha aprendido y que influyen en la cantidad de acontecimientos estresantes que afrontará en su vida además, indican la importancia que tienen las repuestas de las personas significativas del entorno en la duración y gravedad del trastorno.

Coyne, (citado por Sanz, 1995) propone que "la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social, y que la respuesta de las personas significativas de su entorno sirve para mantener o exacerbar los síntomas depresivos". Coyne sugiere que cuando esa ruptura interpersonal se produce, las personas depresivas buscan a las personas de su entorno en busca de apoyo, quienes se lo dan, pero si estas demandas se vuelven recurrentes, las personas del entorno se sienten frustradas y molestas. Cuando el deprimido se da cuenta de esto su demanda suele volverse mayor, lo que se convierte en un círculo vicioso, llegando al grado de que las personas del entorno niegan el apoyo y se apartan del deprimido dejándolo solo y reforzando la idea negativa que tiene de sí mismo.

El trabajo de Ian Gotlib (citado por Sainz, 1995) amplía este modelo haciendo énfasis en los papeles que juegan en el desarrollo, mantenimiento o exacerbación de un episodio depresivo tanto la persona deprimida –especialmente sus estilos cognitivos– como los miembros del entorno social. El autor infiere que la cadena se inicia cuando se presenta un estresor, ya sea de naturaleza interpersonal, intrapsíquico o bien un cambio bioquímico y que la gravedad de este estresor depende de circunstancias externas, pero también de la existencia de ciertos factores de vulnerabilidad que pueden ser interpersonales (la calidad y cantidad de apoyo social, la cohesión de la familia) o intrapersonales, (tanto elementos cognitivos como conductuales). Finalmente señala que la adquisición de esos factores de vulnerabilidad es resultado de experiencias familiares adversas durante la infancia.

Instrumentos

Hoy en día existe un gran número de escalas para medir depresión, algunas están diseñadas para ser utilizadas por expertos y otras por personas que no requieren de algún entrenamiento especial como ocurre con las autoaplicables. Entre las escalas más conocidas se encuentran:

Center for Epidemiologic Studies, Depression Scale: CES-D o Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.
Construida por Radloff en 1977, se compone de 20 reactivos con 4 opciones de respuesta cada uno y que se puntúan de 0 a 3, la suma total indica el grado de depresión. (Aguilera-Guzmán, 2004)

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) o Escala de Hamilton.
Elaborada por Max Hamilton, (Hamilton, 1960) se emplea para medir la intensidad de la depresión. Existen varias versiones en español que presentan valores psicométricos similares según el número de ítems que se utilicen. (Dal-Ré, 2003)

Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) o Escala de Autoevaluación de Zung.
Es una escala autoaplicable ampliamente utilizada; construida por Zung en 1965 y consta de 20 preguntas con 4 opciones de respuesta cada una, la suma de puntuaciones permite identificar el nivel de depresión. (Rivera, 2007)

Beck Depression Inventory (BDI) o Inventario de Depresión de Beck.
Mundialmente es una de las escalas más utilizadas (Sanz, 1998) y en México no es la excepción, se ha empleado en múltiples investigaciones. (Manelic, 1995; Rodríguez, 1998; Ruiz, 2001; Torres-Castillo, 1991) Samuel Jurado (1988) estandarizó el inventario en los residentes de la ciudad de México cumpliendo con los requisitos de validez y confiabilidad. El inventario está compuesto por 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta (van de 0 a 3) ordenadas según la intensidad, donde el sujeto debe escoger la opción que mejor describa como se siente. La suma de puntuaciones indicará la gravedad de la depresión: de 0 a 9 puntos indica ausencia de depresión; de 10 a 16 indica depresión leve, de 17 a 29 depresión moderada y de 30 a 63 depresión grave.

Es importante el estudio de la depresión materna porque está considerada como un factor de riesgo para el desarrollo socioemocional y cognitivo de los niños. (CPS, 2004)

Por un lado, en un adulto deprimido se pueden presentar alteraciones en las funciones cognitivas: en la capacidad de concentración y en la memoria; se presentan también dificultades para solucionar problemas y alteraciones en la autopercepción y en la capacidad para elaborar juicios; además aumentan los pensamientos negativos, el pesimismo y la ansiedad. (Rocha, 1995)

Por el otro, el que una madre se encuentre deprimida supone un riesgo porque el hijo diariamente se encuentra expuesto a un modelo inadecuado de interpretación negativa de la realidad, además, la poca energía y la falta de placer pueden hacer más difícil y sobretodo, menos gratificante la relación con el niño. (Vázquez, 1999)

Cuando una madre padece depresión posparto las consecuencias en el hijo se presentan en la infancia e incluso pueden extenderse a la edad preescolar y escolar; pero si la depresión materna se presenta por más tiempo, la influencia en el desarrollo de los niños abarca la edad escolar y la adolescencia. (CPS, 2004)

Dentro de la organización afectiva, cognitiva y social de los niños, el apego a la figura materna es fundamental y en una madre deprimida las dificultades para el establecimiento de un apego óptimo son más probables y pueden empezar desde el nacimiento; los niños se muestran más tensos y se fatigan más que los niños de madre no deprimidas. Dentro de la rutina diaria el niño participa repetidamente en las interacciones con su madre; la depresión materna compromete la capacidad de la diada para regular mutuamente la interacción por lo que se han detectado dos modelos interactivos: intrusivo o alejamiento. Las madres que son intrusivas muestran un afecto hostil e interrumpen constantemente las actividades del niño, en respuesta el niño experimenta enojo y regularmente se aleja de la madre para limitar sus intrusiones. Las madres que se alejan afectivamente del hijo normalmente son irresponsables y despreocupadas, afectivamente son planas, ofrecen poca estimulación y apoyan poco la actividad del niño; en consecuencia los niños desarrollan pasividad, alejamiento y conductas autorreguladoras, son más

soñolientos, angustiados y quisquillosos, menos satisfechos y miran menos a sus madres. (Cox, 1988; CPS, 2004; Vázquez, 1999)

Se ha observado que las madres depresivas de niños de dos años tienen menos interés, suelen expresar más actitudes negativas, frecuentemente ignoran las aproximaciones del niño y emplean menos lenguaje elaborado (como explicaciones, sugerencias y preguntas) hacia los niños, por ende, los niños son más sensibles al sufrimiento emocional, reaccionan con evitación o compasión excepcional y a menudo confortan a sus infelices padres; también se ha visto que pocas veces se aproximan a sus madres de manera verbal pero lo hacen más físicamente, frecuentemente muestran signos de molestia emocional o conductual y necesitan hacer demandas más intensas para obtener una respuesta. En los hijos de madres deprimidas también se ha observado una menor frecuencia de expresiones de afecto positivo e interés, en su lugar hay un mayor número de expresiones de tristeza, además se ha registrado con mayor frecuencia que no contactan ocularmente con sus madres y se muestran más reacios a la interacción cuando se hallan próximas. Este patrón de poco gusto por la interacción personal lo llegan a manifestar también cuando se encuentran en contacto con personas no deprimidas, lo que sugiere que se pueden instalar y generalizar fácilmente estas conductas de evitación. Se han encontrado dos a tres veces más desórdenes psiquiátricos en los niños de madres depresivas que en madres que no padecen depresión. Es importante mencionar que existen factores que pueden exacerbar la depresión materna, entre ellos se encuentran los problemas maritales, el apoyo social limitado, los problemas económicos y la baja educación materna. (Cox, 1988; CPS, 2004; Vázquez, 1999)

1.4 APOYO SOCIAL

A partir de los años setenta se aprecia un creciente reconocimiento de la influencia de los sistemas sociales en la conducta humana. Hoy en día el interés se ha enfocado hacia el estudio de factores psicosociales que son capaces de influir en la salud, ya sea propiciando un efecto benéfico o mostrando propiedades inductoras del estrés. En las últimas dos décadas el apoyo social se ha tornado en uno de los temas centrales de investigación dentro de la psicología comunitaria y de la psicología de la salud, aunque también lo ha hecho en otras disciplinas como sociología, epidemiología, salud pública y medicina preventiva. Actualmente Ana Barrón (1996) es una de las investigadoras más importantes de este tema dentro del mundo de habla hispana.

A partir de los trabajos de Cassel, Caplan y Cobb, quienes han sido considerados como los precursores en las investigaciones sobre el apoyo social, se han estudiado distintos tipos de relaciones y sus efectos sobre la salud y el bienestar, desde diferentes niveles de análisis. (Barrón, 1996)

Según Gottlieb (citado por Barrón, 1996) entre las causas del auge de este tema están:

1. La amplia evidencia que hay acerca de los efectos positivos del apoyo social sobre la salud y el bienestar, ya sea de forma directa o indirecta, moderando el impacto de otras fuerzas que actúan sobre la salud, y ello trabajando con distintas poblaciones y en diversos trastornos.

2. En términos de costos son más eficaces las intervenciones basadas en el apoyo social puesto que movilizan recursos informales.

3. Así mismo, las intervenciones basadas en el apoyo social tendrían mayor validez ecológica, ya que hay evidencia acerca de que las personas, a la hora

de buscar ayuda, recurren en primer lugar a personas de su comunidad, de su círculo informal.

Resulta complejo definir al apoyo social dada la gran cantidad de relaciones, evaluaciones y actividades que implica, ante ello, en el concepto de apoyo social se deben distinguir tres aspectos:

I. Incluye varios niveles de análisis: comunitario, redes sociales y relaciones íntimas.

A nivel comunitario, aporta una sensación de pertenencia e integración social, ésta es evaluada en función de estar implicado en determinados roles y contextos sociales; las redes sociales proporcionan un sentido de unión, aunque sea indirectamente y; las transacciones que ocurren dentro de las relaciones más íntimas son las que más se han ligado con el bienestar y la salud, puesto que se esperan intercambios recíprocos y la responsabilidad suele ser compartida.

II. Se distinguen en su estudio varias perspectivas: estructural, funcional y contextual.

Dentro de la perspectiva estructural se utilizan los análisis de redes y se examinan los contactos que las personas mantienen. Desde esta perspectiva se ha definido al apoyo social en términos del número de relaciones clave que mantiene el sujeto (amigos, familiares, etc.) y se han estudiado distintas dimensiones de las redes:

1. Tamaño de la red. Es el número de personas que la componen. Esta variable se relaciona con la salud y el bienestar, teniendo las redes grandes efectos más benéficos que las redes pequeñas.

2. Densidad. Es la interconexión entre las personas que forman parte de la red. En general, las redes menos densas fomentan el bienestar en mayor medida que las densas.

3. Reciprocidad. Se refiere al grado en que los recursos de la red son intercambiados entre las partes de manera equitativa. Las relaciones recíprocas promueven más salud que aquellas en las que el sujeto central inicia siempre el contacto.

4. Homogeneidad. Es la semejanza entre los miembros de la red en una determinada dimensión: actitudes, valores, etc. Las personas que forman parte de redes homogéneas tienen interacciones más reforzantes.

En la perspectiva funcional, como su nombre lo indica, se acentúan las funciones que cumplen las relaciones sociales, dando importancia a los aspectos cualitativos y a los sistemas informales del apoyo. Aunque se distingue entre los recursos que se intercambian y las funciones que cumple no olvidemos que van íntimamente relacionados. (Barrón, 1996)

Por el lado de los recursos, las redes sociales participan a través de intercambios tanto de recursos materiales (pequeños servicios, dinero, objetos, etc.) como de recursos simbólicos (cariño, aceptación, estima, consejo, etc.). Por el lado de las funciones destacan:

a) Función de apoyo emocional. Es la disponibilidad de alguien con quien hablar, y considera las conductas que fomentan el bienestar afectivo, se incluyen las expresiones o demostraciones de amor, afecto, cariño, simpatía, estima y/o pertenencia a grupos. No se conoce bien el mecanismo a través del cual el apoyo social emocional fomenta la salud y el bienestar, pero se han planteado algunas hipótesis. Por un lado, a través de su efecto en la autoestima ya que un aspecto importante de este recurso es sentirse aceptado y valorado por los demás; y por el otro, platicar con las personas que son fuente de apoyo muestra que los problemas son compartidos y que

probablemente sean, hasta cierto punto, frecuentes en la población, lo cual disminuye la gravedad percibida.

b) *Función de apoyo material o instrumental. Son los materiales o acciones proporcionadas por otras personas y que facilitan la realización de tareas cotidianas y/o sirven para resolver problemas: prestar dinero, cuidar a los hijos, ayudar en las tareas domésticas, etc. Este tipo de apoyo disminuye la sobrecarga de tareas y deja tiempo libre para otras actividades, lo que da una sensación de bienestar. Sólo cuando el receptor percibe la ayuda como apropiada, esta forma de apoyo es efectiva; ya que si la evalúa como inadecuada puede aumentar el estrés y el malestar.*

c) *Función de apoyo informacional. Es cuando el sujeto recibe consejos o información relevante que le ayuda a comprender su mundo y/o ajuste a los cambios que existen en él. Es difícil separar esta función de la del apoyo emocional ya que ambos tipos de apoyo suelen darse conjuntamente.*

Desde la perspectiva contextual se deben incluir los siguientes aspectos:

1. *Características de los participantes. Dependiendo de la persona de quien proceda el apoyo, puede ser efectivo o no. En este sentido el apoyo de los amigos es más útil para manejar conflictos no relacionados con la familia, mientras que para tratar problemas de salud es más efectivo el apoyo familiar.*
2. *Momento en que se da el apoyo. Está ligado al afrontamiento y a las fases del mismo, en este sentido el apoyo que es adecuado en un determinado momento puede no serlo en otro.*
3. *Duración. La habilidad de las personas para mantener y/o cambiar el apoyo durante el tiempo es crucial, especialmente para aquellas que sufren estrés a largo plazo como en los problemas crónicos.*
4. *Finalidad. La efectividad depende de la congruencia entre el apoyo y las necesidades para resolver el problema. (Barrón, 1996)*

III. *Se diferencia entre aspectos objetivos y subjetivos de dichas transacciones.*

En relación a la distinción entre objetivo y subjetivo, los teóricos que enfatizan el aspecto subjetivo, es decir en donde la persona "percibe" que es apoyada, conceptualizan el apoyo social en términos cognitivos. La definición más conocida y clásica en este sentido es la de Cobb (citado por Barrón, 1996) quien concibe al apoyo social como información perteneciente a una de estas tres clases: Información que lleva al sujeto a creer que cuidan de él y que es amado; información que le lleva a creer que es estimado y valorado e información que lleva al individuo a creer que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

Para Sarason y cols. (citado por Barrón, 1996) el apoyo social percibido es "una variable de personalidad que se mantiene estable a lo largo del tiempo y que tiene su origen en la experiencia de apego. Sugieren que las personas que establecieron un apego seguro serán "altos" en apoyo social percibido y creerán que las personas de su red estarán disponibles si las necesitan y será aceptado casi con total seguridad".

El apoyo recibido y el percibido son importantes y pueden incrementar el bienestar; además pueden ser inconsistentes, es decir, algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, mientras que otras se sienten apoyadas a pesar de no recibir apoyo. Cuando los sujetos se enfrentan a una larga situación de estrés, es posible que con el paso del tiempo el apoyo recibido disminuya, a pesar de que en un principio el apoyo social percibido y el recibido coincidían.

Tomando en cuenta todos los elementos Lin y cols. (citado por Barrón, 1996) ofrecen un concepto completo de apoyo social, lo definen "como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos".

Por su parte Vaux (citado por Barrón, 1996) defiende que el apoyo social es un metaconstructo, con tres elementos conceptuales (recursos de la red,

conductas y evaluaciones), que se relacionan en un proceso dinámico de transacciones entre el sujeto y su ambiente.

Considera que las redes sociales amplias son más benéficas puesto que ofrecen más apoyo, lo que a su vez producirá evaluaciones más positivas. Una de sus ventajas es la mayor posibilidad de que en ellas se encuentre una persona con experiencia en el mismo problema que afronta el sujeto. Propone que existe cierta evidencia de que la satisfacción del apoyo se relaciona con redes grandes y poco densas, formadas principalmente por amigos cercanos y en donde las relaciones son fuertes y recíprocas. En cuanto a la relación entre recursos y conductas, menciona, las redes grandes ofrecen más recursos de apoyo; y con lo que respecta a las conductas y evaluaciones, parece no haber una relación directa entre recibir más conductas de apoyo y satisfacción, aunque parece relacionarse con otro tipo de evaluaciones positivas.

Por último, Vaux añade que el apoyo social es un complejo proceso transaccional entre la persona y su ambiente en donde influyen tanto variables de tipo personal como contextual.

Instrumentos

Existen numerosos instrumentos que evalúan el apoyo social de los cuales algunos se centran sobre un solo aspecto mientras que otros son más globales.

Inventario de conductas sociales proveedoras de apoyo (ISSB).
Este cuestionario mide las actividades dirigidas a proporcionar ayuda a los demás analizando su frecuencia en el último mes. El cuestionario proporciona información sobre distintos tipos de apoyo: ayuda material, asistencia práctica, interacción íntima, feedback y participación social. (Gracia, 1995)

Cuestionario de la red social (SNQ).
Analiza la red de personas con las que interactúa el individuo. El individuo lista hasta un número de veinte personas con las que interactúa durante un

determinado período de tiempo y, a través de una matriz, indica si esas personas son amigos unos de otros. Proporciona índices del tamaño, densidad global y densidad de límites de dicha red. (Gracia, 1995)

Social Support Questionnaire de Sarason (SSQ).
Elaborado en 1983 es un cuestionario centrado en los aspectos funcionales del apoyo social, evalúa la percepción de apoyo. Consta de 27 situaciones de la vida en las que el apoyo social puede resultar importante. Proporciona un índice estructural de la red (el tamaño) y magnitudes del apoyo social analizando la satisfacción con el apoyo en esas situaciones. (Sarason, 1983)

Se ha visto que el apoyo social tiene efectos sobre la salud y ante ello se han propuesto distintos modelos teóricos los cuales se han clasificado como:

1. Modelos generales del apoyo social. En donde se plantean dos grandes formas de actuación del apoyo social sobre la salud y el bienestar:

a) Efecto directo o principal.
El efecto que ejerce el apoyo social sobre el bienestar y la salud es directo, no importa el nivel de estrés. Si el apoyo social es mayor el malestar psicológico experimentado será menor y viceversa, si el grado de apoyo social es menor, la incidencia de trastornos será mayor.
b) Efecto protector o amortiguador.
En ausencia de estresores el apoyo social no influye en el bienestar, su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés, siendo esencialmente un moderador del impacto del estrés.

2. *Modelos específicos.* Su objetivo es saber cuales son los mecanismos que tiene el apoyo social sobre la salud y a través de cuáles puede cumplir su función protectora.

Dentro de estos modelos se propone que las personas que tienen un mayor riesgo de experimentar estresores ambientales son quienes cuentan con poco

apoyo social, en comparación de quienes están socialmente integrados o pueden tener apoyo en caso de necesitarlo. Cabe mencionar que la ausencia de apoyo social es en sí un estresor. (Barrón, 1996)

Las relaciones sociales benefician al sujeto:

1. Proporcionándole un conjunto de identidades. A través de la interacción con los demás se desarrollan las identidades sociales, a partir del rol que juegue el individuo dentro de la comunidad.
2. Siendo fuente de autoevaluaciones positivas. La evaluación que tenga una persona de sí misma, depende en parte de cómo percibe las evaluaciones de las personas con las interactúa. Por tanto, las relaciones del rol son fuente de autoestima, lo que está íntimamente relacionado con el bienestar.
3. Como base de sensación de control y dominio. La adecuada actuación en las tareas relacionadas con su rol determina la sensación de dominio o de la autoestima basada en la eficacia.

En general, la percepción de ayuda provoca un aumento general del estado de ánimo positivo, de la autoestima, de la estabilidad de la propia situación vital, sensación de control sobre el ambiente y reconocimiento de la valoración personal.

Por su parte, Cohen (citado por Barrón, 1996) clasifica los mecanismos que tratan de especificar cómo las redes sociales e integración social pueden influir en la susceptibilidad y recuperación de enfermedades, proponiendo los siguientes modelos.

1. Modelos basados en la información. Mientras más amplia sea la red, hay un mayor número de fuentes de información disponibles que pueden influir en la adopción de conductas de salud o ayudar a los sujetos a evitar situaciones de riesgo.
2. Modelos de identidad y autoestima. El aumento en la autoestima que ocasiona el apoyo social, provoca una supresión de la respuesta neuroendócrina y un mejor funcionamiento inmunológico.

3. Modelos de influencia social. Sugieren que las personas integradas socialmente están sometidas a una mayor presión y control normativo. Siempre que estas presiones promuevan conductas de salud, la integración social fomentará la salud y el bienestar.
4. Modelos de recursos tangibles. A través de proporcionar recursos materiales y económicos, la red social puede ayudar a prevenir trastornos.

También se han propuesto diferentes formas en que actúa el apoyo social a la hora de proteger a las personas de los efectos nocivos de los acontecimientos vitales estresantes.

Estos modelos están basados en el estrés, el cual es concebido actualmente como una relación que se establece entre las personas y su entorno, el cual es evaluado como amenazante por el sujeto, ya que las demandas exceden sus recursos de adaptación, poniendo en peligro su bienestar. (Lazarus, 1986)

Ahora bien, los acontecimientos vitales estresantes son aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por éstos como indeseables. Estos eventos se relacionan con cambios negativos en la salud física y en la salud mental y por ello se ha propuesto que el apoyo social puede influir en distintos puntos de la cadena estrés-patología:

1. Entre los eventos vitales estresantes y la reacción de estrés, minimizando o previniendo la respuesta de evaluación que se hace del evento. La experiencia de otras personas pueden redefinir la amenaza y la capacidad del sujeto para afrontarla, ya sea por comparación social encubierta o por discusión abierta sobre el significado del evento.
2. El apoyo social también puede intervenir entre la experiencia del estrés y el comienzo del resultado patológico al reducir o eliminar la reacción del estrés, o por influencia directa en las conductas de enfermedad o procesos fisiológicos.

Con lo que respecta a la salud mental la ausencia de apoyo social se ha relacionado con distintos tipos de trastornos mentales como depresión, neurosis y esquizofrenia. Las personas que padecen estos trastornos tienen, en general, redes más pequeñas, menos recíprocas y se intercambian menos recursos.

Dentro de la hipótesis del efecto protector un aspecto importante a considerar es su implicación terapéutica; las intervenciones se enfocan en reforzar aspectos de las redes existentes en la vida de las personas con riesgo de trastornos. Esta idea ha inspirado la creación de los llamados grupos de apoyo o autoayuda en donde se identifica a grupos que tienen riesgos de padecer estrés y se fomenta en ellos el apoyo social.

Ahora bien, las interacciones sociales también pueden ser en ocasiones perjudiciales; los modelos de intercambio sugieren que hay tanto costos como beneficios y las teorías de autoestima sugieren que el apoyo social puede implicar una relación de superioridad-inferioridad.

En algunos casos el apoyo que se ofrece no es útil para el receptor del mismo, no es el adecuado, y ello por varias razones:

Sentimientos provocados por las víctimas de ciertos eventos vitales. Estas personas a veces suscitan sentimientos negativos, de amenaza, o vulnerabilidad; nos recuerdan que lo mismo puede ocurrirnos a nosotros y para evitar estos sentimientos en ocasiones hacemos atribuciones que no corresponden.

Incertidumbre sobre la conducta adecuada. Las personas que apoyan pueden experimentar intensa ansiedad al tener que interactuar con esos sujetos. Al no saber cual es la conducta correcta en dicha situación su malestar puede incrementarse.

Falsas concepciones sobre el proceso de afrontamiento. Se conceptualiza que una vez finalizado el evento termina también el problema. No se toman en cuenta las secuelas, que a veces pueden durar mucho tiempo.

De esta forma, las conductas de apoyo que ofrecen las personas son inadecuadas, no fomentan la comunicación abierta y suele tratarse de conductas que culturalmente se consideran de apoyo pero que son inútiles; pueden provocar en el sujeto ideas de soledad o de que afronta mal la crisis.

Cuando los modelos de la red de apoyo actúan de manera inadecuada, representa otra forma en donde el apoyo social puede tener efectos negativos, lo mismo sucede cuando se distrae a la persona con la finalidad de que no se preocupe pero no se le deja adoptar medidas que serían benéficas a largo plazo.

1.5 INTELIGENCIA

Del latín *Intellegentia* que se refiere a la capacidad de entender, asimilar, elaborar y utilizar adecuadamente la información que se tiene.

En 1996, la APA (American Psychological Association) describía que *"los individuos difieren los unos de los otros en habilidad de comprender ideas complejas, de adaptarse eficazmente al entorno, así como el de aprender de la experiencia, en encontrar varias formas de razonar, de superar obstáculos mediante la reflexión. A pesar de que estas diferencias individuales puedan ser sustanciales, éstas nunca son completamente consistentes: las características intelectuales de una persona variarán en diferentes ocasiones, en diferentes dominios y juzgarán con diferentes criterios. El concepto de "inteligencia" es una tentativa de aclarar y organizar este conjunto complejo de fenómenos".* (Neisser, 1996)

Es durante el siglo XIX cuando surge el interés en clasificar y capacitar a las personas con retraso mental, pero primero había que distinguirlos de las personas "insanas". El primer informe explícito lo realizó el médico francés Jean Esquirol en 1838, en su tarea por elaborar un sistema para clasificar los diversos grados y variedades de retardo, llegó a la conclusión de que el habla proporciona el criterio más confiable del nivel intelectual del individuo. (Anastasi, 1998)

Dentro de la historia del estudio de la inteligencia, no podemos pasar por alto lo acontecido en Francia en 1904, en donde el ministro de instrucción pública formó una comisión con la tarea de encontrar la forma en que pudieran distinguir a los niños en verdad mentalmente "defectuosos", de los que les iba mal en la escuela por otras razones. La finalidad de esta encomienda era asegurar que los niños asistieran a clases para retrasados mentales únicamente si eran "incapaces de aprovechar, en término medio, la enseñanza que se impartía en las escuelas ordinarias". Fue cuando Alfred Binet junto con

Theodore Simon construyeron un test para satisfacer esta necesidad de localización de los niños. (Sternberg, 1997)

Binet y Simon tenían un concepto y una forma de medir a la inteligencia muy diferente a lo que otros autores de la época, como Galton y Cattell venían desarrollando; se refirieron al núcleo de la inteligencia en términos de "juicio, también llamado sentido común, sentido práctico, iniciativa, facultad de adaptarse a las circunstancias. Juzgar bien, comprender bien, razonar bien, éstas son las actividades esenciales de la inteligencia"; Binet desarrolló un test para que lo pudiera contestar una persona con discapacidad física, ya que para él la inteligencia dependía del juicio mental y no de la agudeza sensorial. (Sternberg, 1997)

Para Binet, el pensamiento inteligente estaba compuesto de tres elementos: la dirección, que implica saber qué hay que hacer y cómo hacerlo; la adaptación que se refiere a la creación de una estrategia para realizar una tarea, luego conservar la huella de la estrategia y adaptarla al mismo tiempo que se la aplica; y la crítica que es la habilidad para criticar los pensamientos y acciones propios. Es importante hacer notar que el trabajo de Binet y Simon surgió a partir del deseo de ayudar y proteger a los niños y que tiene sentido en el contexto en que fueron propuestas: la predicción de éxito académico. (Sternberg, 1997)

En E.U., expresamente en la Universidad de Stanford, Lewis Terman creó un test basado en la teoría y test de Binet al que se le llamó Stanford-Binet y que aún se sigue utilizando en sus ediciones revisadas. Terman adoptó el concepto de cociente mental propuesto por Stern, pero lo llamó cociente de inteligencia (C.I.). (Anastasi, 1998; Sternberg, 1997)

David Weschler formó una escala a la que llamó Weschler Bellevue Intelligence Scale, Form I. Esta escala estaba basada en puntos, es decir, se asignaban puntos en base a los aciertos, a la calidad y a la rapidez de las respuestas; las puntuaciones naturales se convertían en estándar, las cuales a su vez arrojaban

una puntuación general. Weschler se basó en el enfoque de la naturaleza global de la inteligencia, él esperaba que sus escalas ayudaran en el diagnóstico psiquiátrico.

Teorías de la inteligencia

Se han desarrollado diversas teorías que explican la inteligencia, a continuación haremos referencia sólo a algunas de ellas.

Teoría de los dos factores de la inteligencia de Spearman

Uno de los pioneros en proponer un enfoque analítico factorial de la inteligencia fue Charles E. Spearman, su teoría se basa en dos factores que pueden explicar los patrones de correlaciones que se observan entre pruebas grupales de inteligencia, propone que un factor general (g) más uno o más específicos (s) por prueba pueden explicar la ejecución en pruebas de inteligencia. Para Spearman, el factor g era una energía mental general y por lo tanto, las actividades mentales complicadas contenían una mayor cantidad de g, es decir, se encuentra implicado en operaciones de naturaleza deductiva, ligadas con la habilidad, velocidad, intensidad y extensión de la salida de información intelectual de una persona; en el razonamiento, comprensión y tareas de pruebas de hipótesis. Por el contrario, las actividades no complicadas requieren menos cantidad de g y enfatizan procesos como el reconocimiento, recuerdo, habilidades visomotoras y habilidades motoras. A pesar de existe evidencia que refuerza la idea de que g es importante en la capacidad humana, esto no quiere decir, de modo necesario que g es una entidad. (Sattler, 1992)

Teoría de las inteligencias múltiples de Gardner

Howard Gardner, psicólogo de la Universidad de Harvard, hizo una crítica al planteamiento clásico de la inteligencia, en el que se le ve como una capacidad

unitaria para el razonamiento abstracto, como es evidente en los matemáticos, los científicos y los lógicos. (Gardner, 2000)

En su teoría plantea la existencia de varias inteligencias relativamente autónomas e intenta dar cuenta de la variedad de roles adultos que existen entre las diferentes culturas. Define a una inteligencia como "la capacidad de resolver problemas o productos habituales que son importantes en un ámbito cultural o en una comunidad". Propone que existen siete inteligencias: lingüística, musical, lógico matemática, espacial, corporal-cinestésica, intrapersonal e interpersonal; pero señala que puede haber más; las cuales se combinan y que son necesarias para explicar cómo los seres humanos adquieren roles como el de arquitecto, granjero, chamán o bailarín. La idea de Gardner es que la gente normal es capaz de recurrir a todas las inteligencias, pero que cada quien va a tener su "perfil de inteligencias" específico, resultado de la combinación peculiar de inteligencias (algunas más fuertes o más débiles) que cada uno emplea para la solución de problemas. Estas fortalezas o debilidades relativas ayudan a dar cuenta de las diferencias individuales. (Gardner, 2000)

Gardner desarrolló su teoría en 1983 con el objetivo de ampliar las nociones psicológicas de la inteligencia, sin embargo su trabajo ha tenido mayor impacto en el ámbito educativo, han surgido escuelas que buscan ayudar a los niños a desarrollarse y aprender basándose en la diversidad de inteligencias. (Gardner, 2000)

Teoría triárquica de la inteligencia humana de Robert Sternberg

Robert Sternberg, es psicólogo de la Universidad de Yale y comenta que muchas de las teorías de la inteligencia no están equivocadas, que solamente están incompletas. Como su nombre lo dice, su teoría está compuesta por tres subteorías o dimensiones relacionadas:

La subteoría de los componentes, que se ocupa de los procesos internos elementales de la información subyacentes en el pensamiento inteligente: "¿Qué pasa dentro de la cabeza de una persona cuando piensa de manera inteligente?". Refiere además, que existen tres tipos básicos de componentes: los metacomponentes que son procesos de orden superior utilizados para planear, supervisar y evaluar el desempeño de una tarea; los de desempeño que son las estrategias empleadas en la ejecución de una tarea y; los de adquisición de conocimientos que son los procesos usados para aprender cosas nuevas.

La subteoría experiencial, que se ocupa tanto de los aspectos externos de la inteligencia como de los internos. Observa la inteligencia a la luz de la experiencia de una persona con actividades específicas y se pregunta: "¿Cómo afecta la experiencia a la inteligencia de una persona y cómo afecta esta inteligencia a los tipos de experiencia que esa persona tiene?". La inteligencia maneja la novedad y la automatización de procesos mentales. A medida que aumenta la experiencia en una situación o en una tarea, la necesidad de enfrentar la novedad disminuye y toman el control los procesos y rutinas automáticas.

La subteoría contextual, que considera la inteligencia individual en relación con la cultura y el medio exterior. A través de esta subteoría, Sternberg busca entender cómo las interacciones de una persona en el mundo "afectan su inteligencia y cómo su inteligencia afecta al mundo en que vive". (Gardner, 2000; Sattler, 1992)

El tratado bioecológico del desarrollo intelectual de Stephen Ceci

Stephen Ceci, es psicólogo de Universidad de Cornell, Nueva York, y comenta que su trabajo surge de la teoría triárquica de Sternberg. Emplea los mismos tres elementos pero enfatiza mucho, en su intento por explicar las diferencias individuales, en la parte del contexto y su impacto en la resolución de problemas complejos.

Ceci sostiene que los conocimientos juegan un papel clave en la comprensión de las diferencias individuales y considera que el procesamiento psíquico básico, de bajo nivel, no se limita a permitir la adquisición de conocimientos, sino que se ve afectado por ellos y por la experiencia. (Gardner, 2000)

Los potenciales cognitivos múltiples, el contexto y los conocimientos se entretejen en el sistema bioecológico de Ceci. El contexto es esencial para la exhibición de las aptitudes cognitivas subyacentes e incluye los dominios de conocimientos, así como también los materiales operativos, la motivación, la personalidad, la escolarización e incluso el período histórico en el que uno vive. Abarca el contexto psíquico, social y físico de la resolución de problemas, cada uno de los cuales puede influir en la cognición. (Gardner, 2000)

Para este investigador, la gente puede realizar actividades intelectuales complejas gracias a la existencia de bases altamente elaboradas y organizadas de conocimientos, más que a una aptitud general para la resolución de problemas abstractos. En su esquema, la complejidad cognitiva (la capacidad de usar las propias bases de conocimientos de manera flexible y eficiente) es mucho más una señal de inteligencia en la vida real que lo que uno pueda decir de un cociente intelectual. (Gardner, 2000)

Instrumentos

Hoy en día existe un gran número de instrumentos para medir la inteligencia, entre los más conocidos se encuentran:

Escala Weschler de inteligencia para adultos (WAIS).
Desarrollada por David Weschler, está conformada por dos subescalas, una verbal y otra de ejecución, que a su vez están constituidas por una serie de subtests específicos. Los reactivos de cada subtest son organizados en orden creciente de dificultad y se clasifican en tres grupos: 1) reactivos que toda persona puede contestar, tenga o no instrucción escolar; 2) reactivos que se espera sean contestados por sujetos de instrucción escolar media y 3) reactivos

que sólo pueden ser contestados por sujetos con una instrucción especial. La escala verbal está compuesta por seis subtests y la escala de ejecución por cinco. Se aplica a partir de los 16 años. (Costa, 1996)

Test de Matrices Progresivas (Raven).

Elaborada por J.C. Raven en 1936. Es una prueba no verbal que busca medir la inteligencia general. La escala general está constituida por 60 problemas, dispuestos en cinco series de doce problemas (A, B, C, D y E) en orden de dificultad progresiva. Cada figura geométrica es la matriz de un sistema de pensamiento y para descubrir la matriz de pensamiento implicada en cada figura, el sujeto realiza una tarea de observación, comparación y razonamiento analógico. Para completar la matriz, la persona elige una figura entre una serie de 6 u 8 respuestas. La escala general es utilizada con sujetos normales o poco dañados intelectualmente de 12 a 65 años. (Costa, 1996)

Test de Dominós.

Construido para la armada británica por Edgar Anstey en 1944. Es una prueba no verbal de inteligencia que no depende en un grado considerable del ambiente, de la educación o de la experiencia del individuo y que busca medir el factor g de inteligencia. Es un test de deducción de leyes o principios de relaciones y de completamiento de series numéricas. Los principios que regulan las secuencias en las series son: simetría, alternancia y progresión simple, asimetría, progresión circular, progresión compleja, combinación de principios previos, adición y sustracción. Está compuesto de 48 reactivos, a razón de seis reactivos por principio y están dispuestos en orden de dificultad creciente. Sin embargo, el primer reactivo correspondiente a un nuevo principio, en general, es más fácil que el último reactivo correspondiente al principio anterior. Puede aplicarse a partir de los 12 años. (Costa, 1996)

Instrumento no verbal de inteligencia Beta II-R.

Esta prueba tiene su origen en el examen Beta Grupal desarrollado por la Armada de los E.U. durante la Primera Guerra Mundial para seleccionar reclutas extranjeros o analfabetos. Esta versión fue revisada en 1934 por

Kellog y Morton, con el objetivo de adaptarla a poblaciones civiles, así quedó constituido el Beta I; posteriormente se realizaron varias revisiones del manual y se publicó el Beta II-R. Los cambios introducidos están relacionados al contenido de los reactivos y a la estandarización. Aunque la naturaleza de las tareas no cambió, el orden de éstas fue alterado ligeramente, los reactivos obsoletos, ambiguos o inadecuados fueron reemplazados por nuevos y fueron revisadas las instrucciones para que fueran más comprensibles; además se utilizaron procedimientos de estandarización más sofisticados; la muestra estudiada fue más representativa de la población norteamericana, dentro de las edades a las que se destina el instrumento. (Costa, 1996; Kellog, 2001)

El Beta II-R es una prueba de inteligencia no verbal diseñada especialmente para adultos que tiene problemas de lectura y escritura así como para extranjeros; busca medir el factor g de inteligencia por lo que proporciona una estimación global de la capacidad intelectual expresada mediante un C.I. La prueba está conformada por seis tareas; la duración aproximada de la aplicación es de 30 minutos, incluyendo el tiempo necesario para las instrucciones y los ejercicios de prueba. Cada tarea pretende medir diferentes aspectos de la capacidad intelectual no verbal del individuo y puede ser identificada por el tipo de problema: Laberintos, Claves, Figuras geométricas, Figuras incompletas, Pares iguales y pares desiguales y Objetos equivocados. La administración de la prueba generalmente es de forma colectiva pero también puede hacerse de manera individual y se aplica a partir de los 16 años. (Kellog, 2001)

La conformación de la inteligencia de cualquier persona refleja la interacción de diversos factores complejos, que van desde los factores genéticos, de maduración hasta los ambientales y es en la infancia donde se consolida. Variables como anormalidades en el feto, dificultades en el parto, lesiones cerebrales, enfermedades en la madre durante el embarazo, fármacos, bajo peso al nacer, alimentación, etc., influyen en el funcionamiento intelectual de los niños. (Sattler, 1992)

También los factores psicosociales del hogar desempeñan una función importante en el desarrollo de la inteligencia de los niños; entre estos factores se encuentra el ambiente intelectual dentro del hogar (como la calidad del lenguaje existente, el amplio vocabulario, y la posibilidad de retroalimentación sobre el uso correcto del lenguaje), la estimulación en el hogar (como la presión que se ejerce para la adquisición de múltiples tareas), el tipo de régimen de castigo y la presencia de factores de riesgo (desempleo, poca educación de la madre, actitudes paternas autoritarias y una familia numerosa). (Sameroff, 1993; Sattler, 1992)

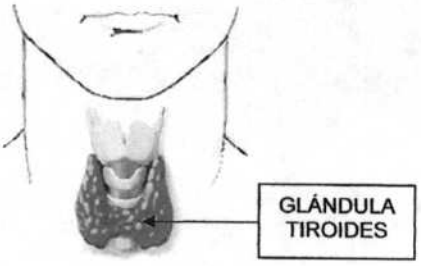
La elevada correlación entre los años de estudio y el CI probablemente puede indicar que las personas inteligentes continúan en la escuela, o puede también significar que la escolaridad incrementa el CI. La evidencia señala que cada año de educación suma cerca de un punto al CI esperado del individuo en la edad adulta. (Sattler, 1992)

1.6 HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

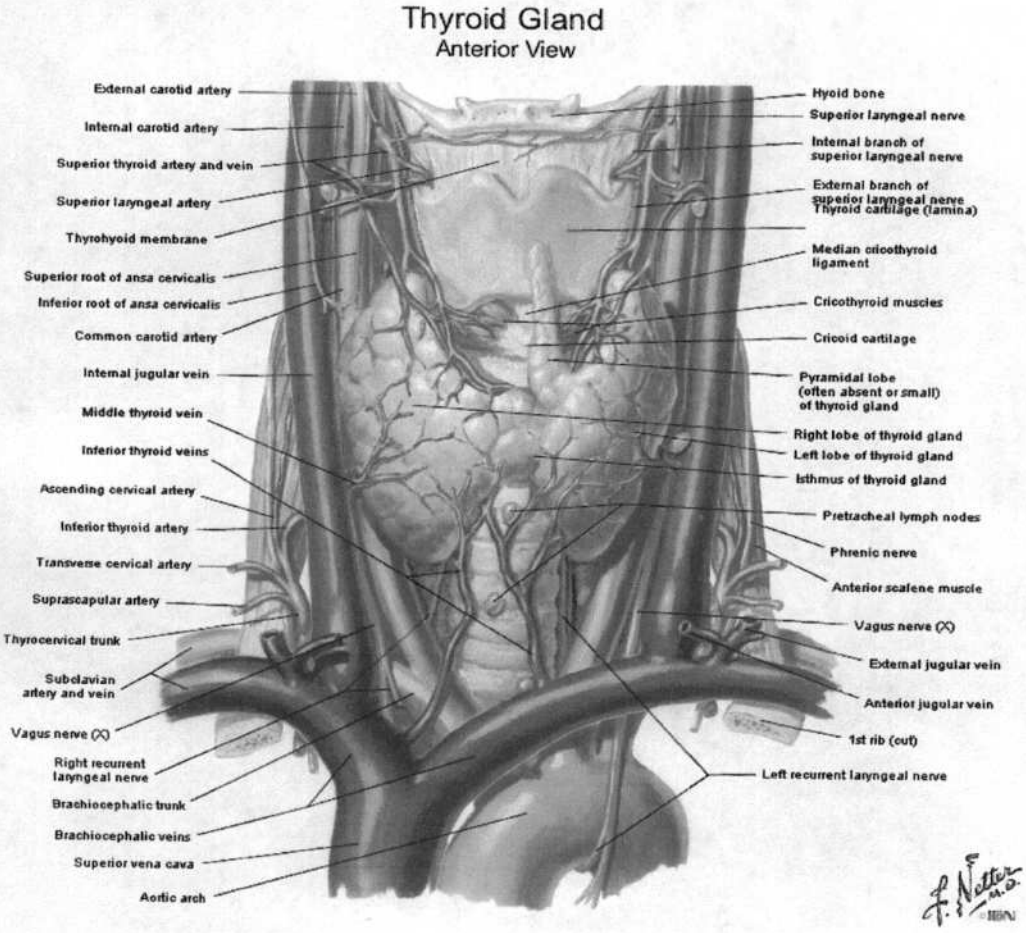
El hipotiroidismo congénito es un padecimiento sistémico que resulta de la deficiencia de las dos hormonas tiroideas biológicamente activas: triyodotironina (T_3) y tiroxina (T_4), que se produce antes del nacimiento o en el mismo. (Barrón-Uribe, 1996; Coyote, 2001)

Estas hormonas son indispensables para el desarrollo y la maduración del cerebro, en funciones tales como neurogénesis, migración neuronal, formación de axones y dendritas, mielinización, sinaptogénesis y regulación de los neurotransmisores. Esta deficiencia ocasiona un retraso mental irreversible de moderado a severo si no se inicia el tratamiento adecuado en los primeros tres meses de vida extrauterina. (Calzada, 1996; Canto-de Cetina, 1997; Morreale, 2001; Smallridge, 2001)

La glándula tiroides es la primera glándula endócrina que aparece en el desarrollo del embrión, empieza a formarse aproximadamente en el día 24 después de la fecundación a partir de un engrosamiento endodérmico en el piso de la faringe primitiva, hacia las siete semanas toma su forma definitiva y suele llegar a su sitio definitivo delante de la tráquea, a nivel del segundo y tercer anillo cartilaginosos, se mantiene en su sitio por el tejido conjuntivo laxo, tiene forma de mariposa y está unida al centro por el istmo. Es asimétrica debido a que el lóbulo derecho es más grande que el izquierdo, en el adulto pesa de 20 a 30 gramos, mide entre 3 y 5 cms. y es de color café-rojizo.



Cada lóbulo está muy vascularizado por lo que recibe un amplio aporte sanguíneo; recibe inervación del sistema simpático y parasimpático, a partir del ganglio cervical superior y del vago respectivamente. La unidad funcional de la tiroides es el folículo y en su porción central se encuentra la tiroglobulina en estado coloidal, la cual es la forma en que se almacena la hormona tiroidea. (Hart, 1987; Lesson, 1988; Moore, 1999)



La principal función de la glándula tiroides consiste en sintetizar T_4 y T_3, el papel fisiológico del yodo es participar en la síntesis de estas hormonas: cualquiera que sea la forma química en que se ingiera, el yodo llega finalmente a la tiroides en forma

de yoduro; el tejido tiroideo tiene gran preferencia por el yodo y logra atraparlo, transportarlo y concentrarlo en la luz de los folículos tiroideos para utilizarlo en la síntesis de las hormonas tiroideas. (LaFranchi, 2001)

La tiroides está regulada por la hormona estimulante de la tiroides o tirotropina (TSH), una glucoproteína producida y secretada por el lóbulo anterior de la hipófisis; esta hormona, a grandes rasgos, determina la liberación de las hormonas tiroideas. La síntesis y liberación de la TSH son estimuladas por la hormona liberadora de la TSH (TRH) que se sintetiza en el hipotálamo y se secreta hacia la hipófisis. En los estados de escasa producción de hormonas tiroideas la TSH y la TRH aumentan, por el contrario, la hormona tiroidea exógena o el aumento de la síntesis de hormona tiroidea inhiben la producción de TSH y de TRH. (LaFranchi, 2001)

Aproximadamente un tercio de la T_4 materna atraviesa la placenta hasta llegar al feto. La T_4 materna desempeña un papel muy importante en el desarrollo fetal, especialmente del cerebro, antes de que la glándula tiroides fetal comience la síntesis de hormonas tiroideas fetales; este período podría corresponder al primer y comienzo del segundo trimestre de gestación. La transferencia de T_4 materna hacia el feto no se interrumpe cuando la glándula tiroides fetal empieza a secretar hormona, y contribuye a cubrir los requerimientos totales que el tejido fetal necesita. El feto de una madre hipotiroidea puede sufrir lesiones neurológicas, en estudios hechos con niños de 4 y 7 años se han reportado de 4 a 5 puntos de C.I. por debajo de los niños sanos. Mientras que un feto hipotiroideo puede estar parcialmente protegido por la T_4 materna hasta el momento del parto. (LaFranchi, 2001; Morreale, 2001; Smallridge, 2001)

El 85% - 90% de los casos del hipotiroidismo congénito es esporádico y el 15% - 10% restante se debe a factores hereditarios; dentro de las causa más frecuentes del hipotiroidismo congénito esporádico están las disgenesias tiroideas, entre las que se encuentran la aplasia, la hipoplasia y la ectopia de la glándula. En una tercera parte puede observarse, por gammagrafía isotópica ultrasensible, una ausencia completa del tejido tiroideo. En los dos tercios restantes se encuentra tejido

tiroideo rudimentario situado en cualquier lugar entre la base de la lengua y su sitio normal en el cuello. (Coyote, 2001; LaFranchi, 2001; Van Vliet, 2001) En estudios realizados en México, también se ha encontrado esta frecuencia, por ejemplo, de 181 niños a los que se les realizó gammagrama tiroideo, el 57.46% presentó ectopia, 35.91% fueron atirósicos y 6.63% presentaron como etiología bocio y dishormogénesis. (Vela-Amieva, 2004)

Al hipotiroidismo congénito se le ha clasificado en primario cuando el defecto se encuentra en la glándula; secundario cuando la alteración se localiza en la hipófisis; terciario cuando existe un defecto a nivel del hipotálamo y cuaternario si se debe a una resistencia a la acción de las hormonas tiroideas; de todos, el hipotiroidismo congénito primario es el más frecuente. (Coyote, 2001)

Para que el tratamiento sea efectivo es necesario que la terapia sustitutiva se instale lo más pronto posible, sin embargo raramente se hace antes del primer a tercer mes de vida, edad a partir de la cual el desarrollo mental y psicomotor pueden estar definitivamente afectados. (Coyote, 2001)

El hipotiroidismo congénito es dos veces más frecuente en las niñas y no existe manifestación clínica patognomónica, muchos de los datos pueden presentarse en otras entidades; un paciente con hipotiroidismo congénito puede no tener manifestación clínica como suele suceder cuando el aporte materno es adecuado, incluso compensatorio, por lo que la disfunción tiroidea del producto tiene pocas consecuencias en la vida intrauterina. (Calzada, 1996)

Los datos clínicos difieren en función de la edad a la que se produce la deficiencia y de su duración y severidad, en el recién nacido son pobres y por lo mismo muy difícil de diagnosticar; cuando no existe glándula podemos encontrar al nacimiento el antecedente de gestación prolongada, llanto ronco, edema de la piel secundario a mixedema, fontanelas amplias, en especial la fontanela posterior abierta; en más de una tercera parte de los casos hay exceso de peso en relación con la talla, hipotermia, cianosis periférica, hipoactividad, dificultad para la alimentación, hernia umbilical, la duración prolongada de la ictericia fisiológica originaria por una

maduración lenta de la conjugación con el ácido glucurónico puede ser el signo más precoz. Algunos autores mencionan que a partir de la segunda semana de vida existen manifestaciones más evidentes y es alrededor del segundo o tercer mes cuando las manifestaciones son notorias, encontrando entre ellas: hipotermia o dificultad para controlar la temperatura, cianosis distal, piel marmórea, succión y deglución débiles, atragantamiento al tomar el pecho, constipación, trastornos en la alimentación, letargo, respiración ruidosa por trastorno en la ventilación debidas en parte al mayor tamaño de la lengua, crecimiento retardado, lo que produce talla baja, ojos separados y puente nasal aplanado, los rasgos faciales se vuelven toscos y engrosados, lo cual produce una apariencia grotesca por mixedema, distensión abdominal, piel seca, fría y escamosa.

Se menciona que si este cuadro de insuficiencia tiroidea persiste después del primer año pueden ocurrir alteraciones musculares como es hipertrofia muscular que afecta sobre todo a los músculos de las extremidades, en tal caso, los niños pueden tener aspecto atlético, así como disminución de la contracción y los movimientos, conocido como síndrome de Kocher-Debré-Sémélaigne, la maduración ósea se retrasa, pero además existe osificación epifisiaria retardada y disgenesia epifisiaria debido a calcificación y osificación anormales, diaforesis escasa o nula, intolerancia al frío, bradicardia, presión sistólica moderadamente disminuida y diastólica moderadamente alta, soplos, la proporción de segmentos permanece de tipo infantil, (extremidades cortas en relación al tronco), retraso en el brote de los dientes, dientes hipoplásicos, caries, mala implantación, voz débil y lenta por infiltración mixedematosa de la laringe, pelo escaso, grueso y quebradizo, el pelo tiene un nacimiento más bajo en la frente y ésta aparece fruncida, especialmente cuando llora. (Coyote, 2001; LaFranchi, 2001)

Cuando el hipotiroidismo es causado por la presencia de glándula tiroides ectópica, el inicio y la intensidad de los síntomas de insuficiencia tiroidea están en función de la cantidad de tejido tiroideo presente y por lo tanto de la cantidad de hormonas que se producen, alrededor del 50% de los casos el diagnóstico se establece en forma más tardía siendo discretos los síntomas de insuficiencia tiroidea tales como: retraso del crecimiento, retraso psicomotor y trastornos del aprendizaje. Aunque la

leche materna contiene cantidades importantes de hormonas tiroideas, especialmente de T3, no basta para proteger al lactante con hipotiroidismo congénito alimentado al pecho y tampoco alteran las pruebas de detección del hipotiroidismo en los recién nacidos. (Coyote, 2001; LaFranchi, 2001)

Entre los datos clínicos que se reportaron con mayor frecuencia dentro de una muestra de 399 niños mexicanos se encontraron hernia umbilical (43.73% de los casos), ictericia (41.58%), piel seca (36.92%), estreñimiento (36.74%), facie tosca (36.20%), llanto ronco (34.05%), fontanela posterior amplia (33.87%) y edema (32.08%). La incidencia del hipotiroidismo congénito en el sexo femenino fue también mayor, con un 66.85% (n=558); aún se desconocen las causas de este predominio, no se sabe por ejemplo, si las mujeres son más susceptibles de desarrollar este padecimiento o si los fetos femeninos con hipotiroidismo congénito tienen mayor sobrevida uterina comparada con los masculinos; lo que si se sabe es que este fenómeno también ocurre en otros defectos al nacimiento como los de tubo neural y algunas malformaciones cardiacas. (Vela-Amieva, 2004)

Las hormonas tiroideas fetales son necesarias para la maduración final de varios órganos, especialmente para los pulmones, por lo que existen reportes en donde se señala que en el hipotiroidismo congénito existen trastornos orgánicos sistémicos que cuando se asocian con el daño neurológico pueden causar la muerte, particularmente por trastorno de la función cardiopulmonar y por alteración del mecanismo de la deglución, esta última pudiendo provocar broncoaspiración. Un tercio de los hipotiroideos presentan grados variables de anemia, situación que puede favorecer las complicaciones antes mencionadas y que responde lentamente al tratamiento. (Ridaura-Sanz, 1995; Vela-Amieva, 2004)

Como el diagnóstico y tratamiento temprano son de vital importancia para el desarrollo de estos niños, la detección neonatal es la única solución, por lo que el tamiz neonatal teóricamente solucionaría este problema. Actualmente existen guías que permiten establecer adecuadamente programas de tamiz neonatal para hipotiroidismo congénito. (AAP, 1993; Coyote, 2001; Toublanc, 1999)

El tamiz neonatal para hipotiroidismo congénito fue introducido por el grupo de Quebec desde abril de 1974, de ahí se extendió a los Estados Unidos y Europa (Dassault, 1999), en México (López, 1999), a raíz de estudios realizados con el objeto de conocer las frecuencias de hipotiroidismo congénito se expidió, el 22 de septiembre de 1988, la Norma Técnica 321 para la prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito (Secretaría de Salud, 1988) siendo en la actualidad obligatorio para todos los centros de atención materno-infantil, de acuerdo a lo que establece la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993. (Secretaría de Salud, 1995)

Al inicio, las muestras debían tomarse después de las 48 horas de nacido y a una edad máxima de un mes; en el primer caso porque antes de esa edad hay un número excesivo de falsos positivos para hipotiroidismo congénito y en el segundo, debido a que en los casos positivos se requiere iniciar el tratamiento antes de los tres meses de edad. Debido a que en la mayoría de los casos, los recién nacidos de los partos no complicados son dados de alta durante las primeras 24 horas y en muchas ocasiones no regresan a su cita antes del mes, se consideró como edad límite para la detección de hipotiroidismo congénito los tres primeros meses de edad, asimismo, a partir de octubre de 1993 se aceptó que la muestra pudiera ser tomada durante la primera hora posparto a través de sangre del cordón umbilical, con el fin de que también puedan ser captados los hijos de aquellas mujeres que no pueden regresar a la consulta. (Canto-de Cetina, 1997)

A través del tamiz neonatal se conoce que la prevalencia mundial de hipotiroidismo congénito es de 2 a 3 casos por cada 10,000 recién nacidos. (Vela-Amieva, 2004) En Estados Unidos se ha encontrado una incidencia menor en los estadounidenses de raza negra (1 de cada 20,000) y mayor en los hispanos y los indígenas norteamericanos (1 de cada 2,000). (AAP, 1993; LaFranchi, 2001) En nuestro país, antes de que se iniciara el programa de tamiz neonatal, se veían diversos problemas socio-económicos para la instalación de un programa adecuado, a pesar de cálculos en donde se estimaba que cada año, alrededor de 475 niños nacían con este padecimiento de los cuales más de 400 desarrollarían deficiencia mental; se tenían reportes en donde se señalaba que sólo el 1% de los pacientes eran

diagnosticados en el primer mes de vida, un poco más del 20% en los tres primeros meses y en consecuencia, cerca del 80% de los pacientes cuando llegaban a recibir atención médica presentaban ya daño neurológico irreversible, por lo que se hacía hincapié en desarrollar una mayor perspicacia clínica por parte del médico puesto que alrededor del 20% de los pacientes ya habían acudido a consulta por síntomas sugestivos al hipotiroidismo y el diagnóstico había pasado desapercibido. (Blanco-López, 1986; Dorantes, 1984)

Los primeros reportes de este programa indicaban que hasta diciembre de 1993, se habían tamizado 178,961 recién nacidos y encontrado 111 niños con hipotiroidismo congénito, dando una frecuencia de 1:1612, es decir una tasa de 6.2 casos por cada 10,000 recién nacidos, tan solo en el D.F., Estado de México y Tlaxcala, entidades en donde se inició el programa de tamiz neonatal debido a que sólo se contaba con un laboratorio para analizar las muestras. (Velázquez, 1994) Hasta junio de 1995 se habían detectado 228 casos de hipotiroidismo congénito, en una frecuencia de 1:1951, es decir, una tasa de 5.1 casos por cada 10,000, contando en ese entonces con una mayor cobertura. La frecuencia anual de casos de hipotiroidismo congénito detectados a través del tamiz neonatal se da a partir de 1989 en que se reporta una tasa de 3.6 por 10,000 recién nacidos y la última publicada en 1998 de 3.4 por cada 10,000 recién nacidos, aunque en algunos años se reportaron tasas elevadas como en 1991 en que fue de 7.3 por cada 10,000; en 1990 de 6.8 y en 1993 de 6.3 casos por cada 10,000; se concluye que en México es de 3.9 por cada 10,000, un poco mayor a la que se reporta a nivel mundial. (Coyote, 2001; Loera-Luna, 1996; Vela, 2000)

Entre 1993 y 1995, en el sureste del país se detectaron 20 casos de hipotiroidismo congénito, con una incidencia de 3.4 casos por cada 10,000 recién nacidos, sin embargo de los 321 casos sospechosos únicamente fueron localizados 77 niños, es decir sólo el 24%, lo que refleja serias dificultades para localizar a los niños y tener una amplia cobertura. (Canto-de Cetina, 1997)

Las mejoras que se han realizado tanto a nivel bioquímico como de forma operativa durante los últimos años en la búsqueda de este padecimiento, ha logrado el

hallazgo de un mayor número de enfermos, y por ende, de tasas de prevalencia más altas. En 2001 y 2002 esta tasa fue de 4.12 por cada 10,000 recién nacidos, destacando estados de la república mexicana como Quintana Roo, San Luis Potosí y Baja California Sur con tasas por arriba de 7.0 por cada 10,000; por el contrario, estados como Sinaloa (0.62), Tabasco (1.57), Veracruz (2.10), Durango (2.32), Sonora (2.36), Baja California Norte (2.57), Chiapas (2.60), Jalisco (2.63), Guanajuato (2.80) y Coahuila (2.97) reportaron tasas comparables a las reportadas a nivel internacional. (Vela-Amieva, 2004)

En otros estudios, Ávila (2003) reportó que de 184,723 recién nacidos tamizados entre febrero de 1986 y abril de 2002 en un laboratorio de la iniciativa privada que cubre a población del Distrito Federal y algunos municipios del Estado de México, se encontraron 177 niños que dieron positivo para hipotiroidismo congénito obteniendo una frecuencia de 1:1,043. Zermeño (2005) describió que de enero de 1997 a diciembre de 2004 se realizó el tamiz neonatal a 40,546 recién nacidos en el Instituto Nacional de Perinatología encontrando 34 casos de hipotiroidismo congénito, con una frecuencia de 1:1,192 recién nacidos, de los cuales 7 de los 34 embarazos fueron de madres con patología tiroidea.

Existen reportes que en países o zonas geográficas con deficiencia de yodo es mayor la incidencia de hipotiroidismo congénito, por lo que la elevada frecuencia de este padecimiento en nuestro país pudiese estar relacionada con dicha deficiencia. (Vela, 2000)

La deficiencia de yodo afecta el desarrollo de la corteza cerebral, la cóclea y los ganglios basales; la deficiencia es en su origen un problema geográfico del suelo, pobre en yodo por el arrastre de agua corriente, en áreas montañosas, lejos del mar. La deficiencia de yodo es la principal causa de retraso mental en los países sin consumo regular de sal suplementada; el bocio y el hipotiroidismo congénito son las manifestaciones más conocidas de la deficiencia de este elemento químico. Entre los estados en donde se ha detectado deficiencia de yodo, medida por la prevalencia de bocio y de yodo urinario bajo, se encuentran Michoacán, Veracruz, Sinaloa, Guerrero y San Luis Potosí. (Kumate, 1996; Tapia-Conyer, 1996)

Una vez confirmado el diagnóstico de hipotiroidismo congénito se debe iniciar el tratamiento lo antes posible, este tratamiento es de por vida y no debe suspenderse por ningún motivo sin indicación del médico responsable. Si no puede demostrarse el hipotiroidismo por alguna razón se debe iniciar el tratamiento de igual forma y sin interrupción hasta que el niño alcance un desarrollo psicomotriz equivalente a los dos o tres años, con la finalidad de poder hacer los estudios correspondientes que confirmen o descarten el hipotiroidismo sin poner en riesgo de retraso mental al niño.

Es de vital importancia la administración temprana del tratamiento sustitutivo, pero aunado a esto, es muy importante que el paciente acuda a un programa de seguimiento o de estimulación temprana, que favorezca no sólo la adquisición de habilidades y destrezas, sino que se evalúe constantemente el desarrollo y se adquiera el conocimiento, por parte de los padres, de las necesidades físicas, afectivas e intelectuales del niño. (Calzada, 1996)

Si el tratamiento se inicia oportunamente dentro de las tres primeras semanas, si se realizan los ajustes necesarios al tratamiento hormonal y si el paciente acude a un programa de estimulación, no habrá complicaciones por la enfermedad de base, se ha visto que los niños alcanzan coeficientes intelectuales similares a los de los niños sin padecimiento. (Calzada, 1996; Van Vliet, 2001) Aunque estos datos difieren de otras investigaciones, en donde se ha encontrado que los niños con hipotiroidismo congénito obtienen significativamente puntuaciones más bajas (6.3 puntos de C.I.) que niños controles; entre los riesgos más importantes a considerar están la severidad del hipotiroidismo y la falta de programas de intervención temprana en estos estudios. (Derksen-Lubsen, 1996)

Si el tratamiento inició después de las tres semanas, pero antes de los tres meses de edad y no se interrumpe, el desarrollo psicomotor es normal aunque pueden existir dificultades cognoscitivas como la comprensión de lectura y habilidad para el pensamiento abstracto. Si el tratamiento se inició a partir del tercer mes de vida, hay grandes posibilidades de daño neurológico cuya intensidad está directamente

relacionada con la edad de inicio del tratamiento y la severidad del hipotiroidismo, y generalmente es irreversible. Existe también una alta probabilidad de retraso mental si el tratamiento fue interrumpido en una o más ocasiones o si no se realizaron los ajustes necesarios a la dosis para mantener al niño con los niveles adecuados. (Calzada, 1996)

Falta mucho trabajo por hacer, principalmente ante los problemas para localizar a los niños sospechosos y ante un alto porcentaje de niños, predominantemente del área rural, que nacen en sus hogares atendidas por parteras empíricas, quienes en la mayoría de los casos, no han recibido la conveniente motivación y preparación para sumarse a este programa. Resulta imperativo motivar a los organismos gubernamentales e instituciones de salud públicas y privadas en el incremento de fondos encaminados a la aplicación y seguimiento del programa de tamiz neonatal. Aunque las acciones preventivas pueden ir más allá, por ejemplo, resultaría de gran ayuda promover un examen rutinario del nivel de hormonas tiroideas cuando se conoce que una mujer está embarazada, con el fin de suplir la deficiencia de yodo en el primer trimestre de gestación. (Canto-de Cetina, 1997; López, 1999; Morreale, 2001)

JUSTIFICACIÓN

Dentro del proceso que se desarrolla entre un daño y la instauración de una secuela, existen factores que influyen directamente y que pueden evitar que la secuela se establezca. En el caso de los niños que nacen con hipotiroidismo congénito la cuestión de que el niño reciba la hormona sustitutiva permitirá que no se desarrollen alteraciones, que en su caso más severo puede llegar al retraso mental. La madre juega un papel muy importante en todo este proceso, puesto que prácticamente de ella depende que el niño reciba apropiadamente su tratamiento sustitutivo y se evite la secuela, debido a que es ella, casi siempre, la que se hace cargo del cuidado del niño.

Para las madres, el enfrentarse a tener un hijo enfermo o que requiere medicación de por vida, se convierte en una situación estresante que puede ser manejada de manera inmediata o puede ser una situación en donde se perciba que se sobrepasan de manera importante los propios recursos, por ello se hace necesario conocer el modo de cómo afrontan las madres la situación de tener un hijo con un padecimiento como lo es el hipotiroidismo congénito.

Las personas, se ven influenciadas por diversos factores que inciden en su forma de hacerle frente a las situaciones estresantes, entre ellos se encuentran el tipo de personalidad (Coolidge, 2000; Saklofske, 1995) y el apoyo social con el que cuentan. (Panzarine, 1995; White, 1992)

Si bien en la literatura existen investigaciones acerca del afrontamiento ante las enfermedades crónicas (Burke, 2001; Davis, 1998; Miller, 2000), se observa que no se ha profundizado en padecimientos congénitos como lo es el hipotiroidismo congénito, que si bien no se encuentra la presencia de una enfermedad en el sentido habitual del término, se requiere el tratamiento hormonal sustitutivo de por vida, lo que implica el seguimiento constante que requiere visitas al médico para su re-evaluación y la consiguiente situación de expectativa ante éstas.

Sin embargo, debido a una inadecuada administración del tratamiento, al inicio tardío de éste o por otras circunstancias, algunos niños suelen llegar a presentar algún grado de déficit cognitivo, el cual se hace más evidente conforme el infante se desarrolla.

Por ello la presente investigación pretende identificar en las madres de niños con hipotiroidismo congénito que asisten a un programa de seguimiento, los estilos de afrontamiento y algunos factores que se encuentran relacionados a estos como son la ansiedad, la depresión, el apoyo social y el coeficiente intelectual.

El conocer estos elementos nos permitirá crear estrategias que ayuden a las madres a tener el mejor desempeño para hacerle frente a los problemas propios del padecimiento del niño, ayudándole a enfrentar problemas de depresión y ansiedad se encontrará en mejores condiciones que repercuten favorablemente en la relación con su hijo y por ende en su desarrollo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los estilos de afrontamiento y los factores que se le asocian en un grupo de madres de niños con hipotiroidismo congénito detectados por tamiz que asisten a un programa de seguimiento de su desarrollo?

OBJETIVOS

General:

Determinar los tipos de afrontamiento y los factores que se le asocian en un grupo de madres de niños con hipotiroidismo congénito detectados por tamiz metabólico y bajo tratamiento sustitutivo instaurado antes del tercer mes de vida extrauterina que asisten a un programa de seguimiento de su desarrollo.

Específicos:

Conocer los estilos de afrontamiento que utilizan las madres de niños con hipotiroidismo congénito.

Conocer y describir los niveles de ansiedad y de depresión de las madres.

Describir el tipo de apoyo social que tienen las madres.

Obtener el coeficiente intelectual de las madres.

Detectar asociaciones entre los estilos de afrontamiento y los factores asociados (ansiedad, depresión, apoyo social y C.I.) de las madres.

Determinar relaciones de los estilos de afrontamiento y los factores asociados con las diferentes características del padecimiento de sus hijos (tipo de hipotiroidismo, edad de inicio del tratamiento, C.I.).

HIPÓTESIS

Los estilos de afrontamiento de las madres de niños con hipotiroidismo congénito son diferentes entre sí dependiendo de los factores maternos y sociales, independientemente de las características del padecimiento de sus hijos y su evolución.

II METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, retrospectivo parcial y transversal.

POBLACIÓN OBJETIVO

La presente investigación pretendió extrapolarse a las poblaciones de madres cuyo hijo cursa con hipotiroidismo congénito y que se encuentran bajo vigilancia profesional de su estado de salud.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Madres de niños con hipotiroidismo congénito detectados en el área metropolitana en las unidades de la Secretaría de Salud y derivados del "Programa para la prevención del retraso mental de origen metabólico" que fueron referidas al servicio de endocrinología de Instituto Nacional de Pediatría con expediente clínico y tratamiento hormonal sustitutivo y canalizados al Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo.

DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO

Criterios de inclusión:

Madre cuyo hijo cursa con hipotiroidismo congénito y fue referido al Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo.

Que el hijo estuviera en seguimiento en el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo.

Que aceptara participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Que el hijo tuviera, además del hipotiroidismo congénito, una enfermedad crónica.

Que tuviera otro hijo que haya cursado con hipotiroidismo congénito o con alguna otra enfermedad crónica.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

De la madre:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Afrontamiento	Cualitativa	Nominal
Ansiedad	Cuantitativa	Discreta
Depresión	Cuantitativa	Discreta
Apoyo social	Cuantitativa Cualitativa	Discreta Nominal
Coeficiente intelectual	Cuantitativa	Intervalo
Nivel socioeconómico	Cuantitativa	Intervalo

Del hijo:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Género	Cualitativa	Dicotómica
Orden al nacimiento	Cuantitativa	Discreta
Tipo de hipotiroidismo	Cualitativa	Nominal
Edad de inicio del tratamiento	Cuantitativa	Discreta
Coeficiente intelectual	Cuantitativa	Intervalo

DEFINICIONES OPERATIVAS

Afrontamiento:

Se denomina afrontamiento a "aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes, para manejar las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus, 1986); fue evaluado a través del inventario de modos de afrontamiento (ways of coping) de Lázarus y Folkman; conformado por 67 items, cada uno con 4 opciones de respuesta, dividido en 8 escalas que describen una serie de estilos cognitivos y

comportamentales que las personas utilizan para dirigir las demandas internas y/o externas. (Sotelo, 2000)

Ansiedad:
"Es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos, conscientemente percibidos, y por un aumento del funcionamiento del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo." (Spielberger, 1975) Se consideraron los niveles de ansiedad rasgo obtenidos a través del inventario de ansiedad rasgo – estado (IDARE) de Spielberger. (Burke, 2001) Este instrumento está formado por dos escalas independientes de autoevaluación que miden dos aspectos diferenciados: la ansiedad estado (A-E) y la ansiedad – rasgo (A-R). Sólo aplicamos la escala A-R que comprende 20 reactivos con 4 opciones de respuesta con los que la persona puede indicar "como se siente en general." (Spielberger, 1975) La suma de puntajes crudos se traduce a una puntuación percentilar.

Depresión:
"El término depresión se utiliza a menudo para designar un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de la conducta que no se presenta como un trastorno psiquiátrico". (Calderón, 1984) En este trabajo los puntajes se obtuvieron a través de la aplicación del inventario de depresión de Beck; el cual es una escala autoaplicable que comprende 21 categorías de síntomas o actitudes, las cuales son cuantificadas con valores numéricos del 0 al 3, el puntaje obtenido indicará la intensidad de la depresión.

Apoyo Social:
"Son aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como cercano". (Barrón, 1996) En este trabajo se consideraron los puntajes obtenidos del Inventario del Cuestionario de apoyo social de

Sarason; el cual mide el apoyo percibido como disponible mediante 27 items. Cada item tiene 2 partes: la primera evalúa el número de personas disponibles a quienes puede dirigirse el sujeto en momentos de necesidad y en cada una de una variedad de situaciones (N). La segunda parte de cada item mide, en una escala de hasta seis puntos, rangos que van de muy insatisfecho hasta muy satisfecho, lo cual da el grado de satisfacción de la persona con el apoyo percibido como disponible. (Sarason, 1983)

Coeficiente Intelectual:
"El coeficiente intelectual es sencillamente la expresión del nivel de habilidad que, de acuerdo a las normas de edad disponibles, muestra un individuo en cierto momento..." (Anastasi, 1998). Los puntajes se obtuvieron a través de la aplicación de la prueba Beta II-R. Este instrumento consta de 6 subescalas. Se obtiene un coeficiente intelectual (C.I.) general.

Nivel socioeconómico:
Está definido como "el conjunto determinado de indicadores que permiten estratificar socioeconómicamente a la población" (Infante, 1994). Se refiere a la relación de los ingresos y egresos económicos dentro del ámbito familiar que impactan en el modo de vida. Se utilizó el índice de riesgo por condición socioeconómica que explora 11 indicadores socioeconómicos como la escolaridad de los padres, la ocupación, el porcentaje del ingreso familiar destinado a la alimentación, condiciones de la vivienda, etc. A cada indicador se le otorga una puntuación entre 1 y 5, en donde una puntuación menor una indica mejor condición.

Género:
Masculino o femenino, del expediente clínico y de la entrevista con la madre.

Orden al nacimiento:
Lugar que ocupa el hijo en la familia, de la entrevista con la madre.

Tipo de hipotiroidismo:
La producción insuficiente de hormonas tiroideas debido a agenesia (atirosis), disgenesia con migración anómala (nódulo tiroideo) o por disfunción (dishormogénesis o causas hipotalamohipofisiarias). El tipo de hipotiroidismo se obtuvo del expediente clínico.

Edad de inicio del tratamiento:
Edad en días postnatales en que se inicia la restitución hormonal. Se obtuvo del expediente clínico.

Coeficiente intelectual:
"El coeficiente intelectual es sencillamente la expresión del nivel de habilidad que, de acuerdo a las normas de edad disponibles, muestra un individuo en cierto momento..." (Anastasi, 1998). Los puntajes se obtuvieron promediando todas las evaluaciones que se le realizaron durante su seguimiento con la prueba de Terman Merrill archivadas en el expediente clínico.

PROCEDIMIENTO
El estudio se realizó en el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo al que asisten los niños con diagnóstico de hipotiroidismo congénito canalizados del servicio de endocrinología del Instituto Nacional de Pediatría y que fueron detectados a través del "Programa para la prevención del retraso mental de origen metabólico".

Se contactó a las madres y se les dio una cita individual para una entrevista en la que se les explicó el motivo de la investigación y se les solicitó su participación a través de una carta de consentimiento informado, quienes no aceptaron se les agradecía su asistencia y podían retirarse, a quienes aceptaban participar se les aplicaron los instrumentos de valoración: el inventario de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman, el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad rasgo de Spielberger (IDARE)

y el cuestionario de apoyo social de Sarason, se concertó otra cita en la que se les aplicó el instrumento no verbal de inteligencia Beta II-R.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se describen las características generales de los sujetos de estudio y de las variables determinando media, desviación estándar y mediana en las variables de tipo numérico, y porcentajes en las variables nominales.

Para conocer la relación entre los estilos de afrontamiento y las variables de los factores asociados y con las variables de la madre y del hijo se utilizó χ^2 o análisis de varianza (ANOVA) considerando un nivel de significancia estadística al 0.05. Se utilizó el paquete estadístico JMP – SAS versión 5.0.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con lo que respecta a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de acuerdo a los principios de Helsinsky vertidos en el reglamento de la ley general de salud, se contó con el consentimiento informado de los sujetos a investigar. Esta investigación se encuentra en el esquema del Titulo Segundo, Capitulo I, artículo 17, inciso C; investigación sin riesgo ya que sólo se aplicarán las pruebas psicológicas descritas en el rubro de procedimientos.

Cumpliendo con el artículo 20 del mismo capítulo, se obtuvo el consentimiento informado por escrito.

III RESULTADOS

Se estudiaron 32 madres cuyos niños tenían hipotiroidismo congénito y estuvieron en seguimiento en el LSND del INP, de las cuales 62.5% (n=20) se dedicaban al hogar y el restante 37.5% (n=12) trabajaban. El 84.4% (n=27) contaban con pareja sentimental, mientras que el 15.6% (n=5) no la tenían.

Por años de estudio tuvimos una media de 9.16 ± 2.38 y mediana de 9.00, con un mínimo de 3 y un máximo de 16, equivalente a una licenciatura completa. Con lo que respecta al grado de escolaridad, se puede observar en la tabla 1 que la mayoría de las madres contaba con una instrucción de secundaria o mayor.

Tabla 1: Escolaridad de la madre.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria incompleta	1	3.1	3.1
Primaria	3	9.4	12.5
Secundaria incompleta	5	15.6	28.1
Secundaria	14	43.8	71.9
Mayor a secundaria	9	28.1	100
Total	32	100	

La madre más joven al inicio del padecimiento de su hijo tenía 14 años mientras que la de mayor edad tenía 45, con una media de 25.09 ± 6.68 y mediana de 24; al momento de la valoración la madre más joven tenía 19 años y la más grande 52, con una media de 32.84 ± 7.21 y mediana de 33. En promedio el seguimiento de los niños fue de 7.68 ± 2.22 años.

Dentro de las variables estudiadas en los hijos el 84.4% (n=27) fueron del sexo femenino y el 15.6% (n=5) del sexo masculino. En el orden al nacimiento predominaron los primogénitos y los segundos (tabla 2).

Tabla 2: Orden al nacimiento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primero	13	40.6	40.6
Segundo	11	34.4	75.0
Tercero	4	12.5	87.5
Cuarto	1	3.1	90.6
Quinto	2	6.3	96.9
Sexto	1	3.1	100
Total	32	100	

En lo referente al hipotiroidismo congénito, encontramos que el 53.1% (n=17) son atirósicos y el 46.9% (n=15) poseen un nódulo sublingual. La distribución del tipo de hipotiroidismo por género es parecida, aunque pareciera que los varones son más propensos a ser atirósicos, la n es muy chica, por lo que no podemos probar estadísticamente tal enunciado (tabla 3).

Tabla 3: Tipo de hipotiroidismo por sexo del niño.

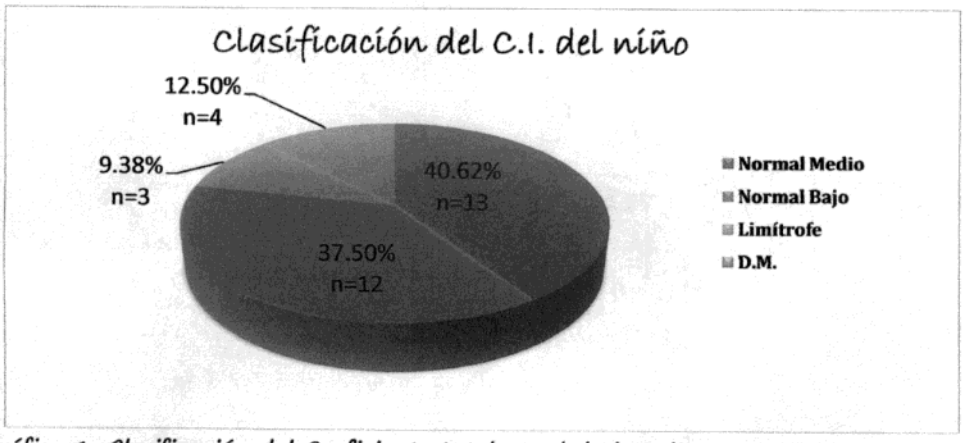
		Tipo de hipotiroidismo		
		Atirosis	**NSL***	**Total**
Sexo del niño	**masculino**	4	1	5
	femenino	13	14	27
Total		17	15	32

*NSL: nódulo sublingual

El 25.0% de los niños inició su tratamiento sustitutivo en los primeros 30 días de edad, el 43.8% entre los 31 y 60 días y el 31.3% posterior a los 61 días de edad, la media fue de 52.53 ± 23.95 y mediana de 52.50, el niño que más temprano lo recibió fue a los 17 días mientras el que más tarde lo hizo fue a los 115 días.

La prueba de inteligencia de Stanford Binet, en su versión conocida como Terman-Merrill, fue aplicada a los niños de los dos años a los seis años, se registró el promedio de todas sus valoraciones y se obtuvo una media de 85.76 ± 12.8

puntos, mediana de 87; el niño que obtuvo menor promedio de C.I. fue de 49.4 y el que obtuvo mayor promedio fue de 107.5; tomando en cuenta la clasificación que hace la prueba, se obtuvo la siguiente distribución (gráfica 1), en ella se observa que la mayoría de los niños se encontraron en Normal Bajo y Normal Medio, que abarcan de los 80 a los 109 puntos de C.I.



Gráfica 1: Clasificación del Coeficiente Intelectual de los niños.

La tabla 4 muestra la distribución de la clasificación de C.I. con respecto al mes de inicio del tratamiento, donde se observa la disminución del porcentaje de niños con C.I. normal cuando iniciaron su tratamiento durante el tercer mes de vida.

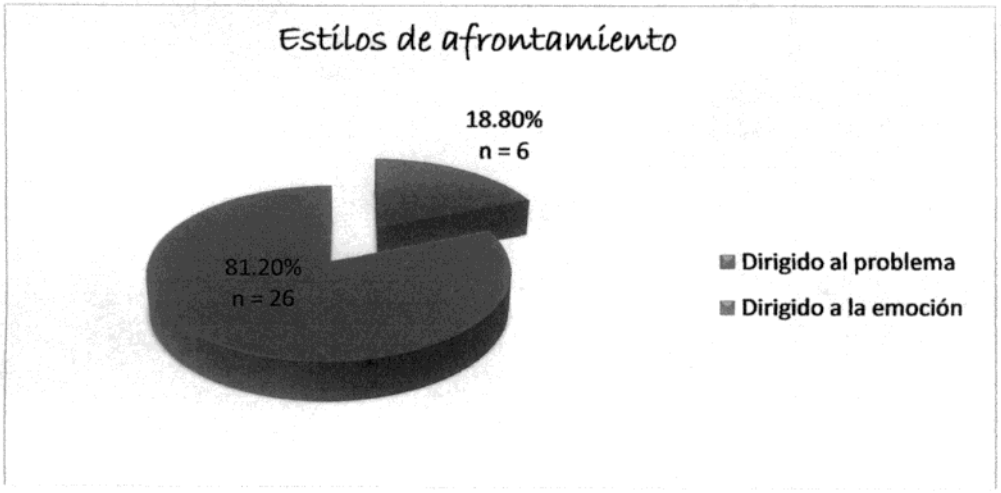
Tabla 4: Distribución de la clasificación de C.I. con respecto al inicio del tratamiento por mes.

Clasificación de CI	Inicio del tratamiento por mes						
	1 mes		2 meses		3 meses		Total
Normal	4	50%	7	50%	2	20%	13
Normal bajo	2	25%	5	35.7%	5	50%	12
Limítrofe	1	14.5%	1	7.15%	1	10%	3
D.M.	1	14.5%	1	7.15%	2	20%	4
Total	8	100%	14	100%	10	100%	32

Estilos de afrontamiento

El inventario de modos de afrontamiento consta de 67 reactivos y se encuentra dividido en 8 escalas, cada una representa una estrategia cognitiva o comportamental que se emplea para hacerle frente a una situación estresante y se encuentran agrupadas en los dos principales estilos de afrontamiento.

Para cada estrategia se obtuvo un porcentaje y para determinar el estilo de afrontamiento utilizado se sumaron los porcentajes de cada estrategia. Se encontró que las madres utilizaron en su mayoría (n=26) el estilo de afrontamiento dirigido a la emoción con el 81.2%, mientras que 18.8% restante utilizó el dirigido al problema (n=6) (gráfica 2).



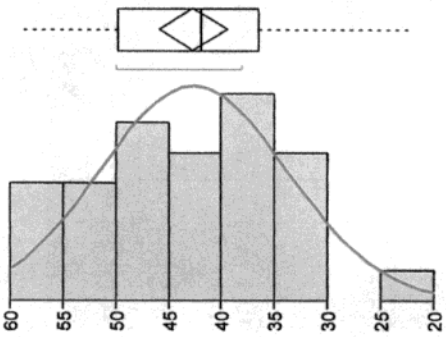
Gráfica 2: Estilos de afrontamiento empleados por las madres.

En la tabla 5 se enumeran las principales estrategias cognitivas o comportamentales que las madres utilizaron como principal forma de respuesta, es decir, la que obtuvo un mayor porcentaje, se observa que tres madres obtuvieron porcentajes iguales en dos estrategias.

Tabla 5: Estrategias de afrontamiento.

Estrategia	Frecuencia	Porcentaje
Distanciamiento	1	3.1
Autocontrol	1	3.1
Soporte social	7	21.9
Responsabilidad	3	9.4
Resolución de problemas	3	9.4
Reevaluación positiva	14	43.8
Dos estrategias	3	9.4
Total	32	100

La escala de Ansiedad de Spielberger (IDARE) consta de 20 reactivos con cuatro opciones de respuesta que puntúan de 1 a 4, por lo que el puntaje mínimo que se obtiene es de 20 mientras que el máximo de 80. Dentro de las valoraciones se obtuvo una media de 42.75 ± 8.82 puntos y mediana de 42.0, siendo la mínima de 22 y la máxima de 59 (gráfica 3). Los puntajes crudos se pueden convertir a puntuaciones percentilares.



Gráfica 3: Distribución de los puntajes de ansiedad.

El cuestionario de depresión de Beck está compuesto de 21 ítems que puntúan de 0 a 3, la suma de los puntajes determina el grado de depresión, se obtuvo una

media de 11.59 ± 9.65 puntos y mediana de 8; con respecto a su clasificación se encontró que más de la mitad de las madres no tuvieron depresión (tabla 6).

Tabla 6: Clasificación de la depresión.

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin depresión	18	56.3	56.3
Depresión leve	6	18.8	75.0
Depresión moderada	5	15.6	90.6
Depresión severa	3	9.4	100
Total	32	100	

El cuestionario de apoyo social de Saranson consta de 27 preguntas en donde la madre enumeró a las personas de las que podría recibir apoyo y seleccionó, de entre 6 opciones, el grado de satisfacción. La tabla 7 señala la distribución del número de personas que proporcionan apoyo y podemos ver que el 81.3% de las madres cuenta con no más de tres personas como principal apoyo.

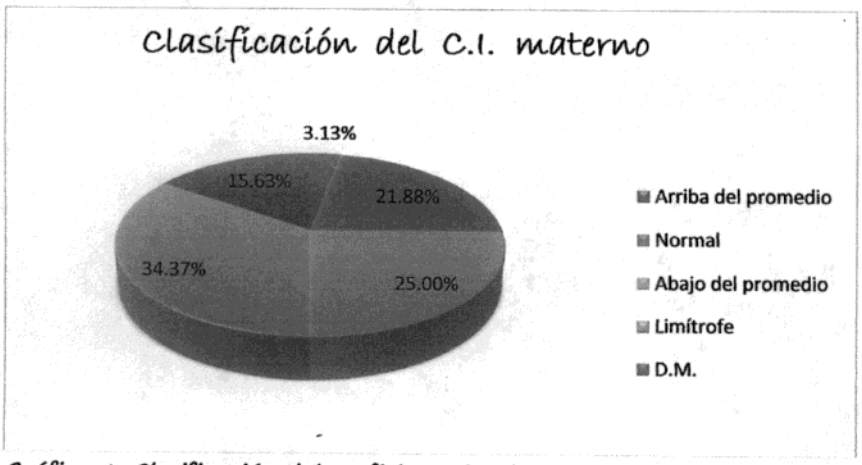
.

Tabla 7: Número de personas que proporcionan apoyo social.

Número de personas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	6	18.8	18.8
2	11	34.4	53.1
3	9	28.1	81.3
4	2	6.3	87.5
5	1	3.1	90.6
6	3	9.4	100
Total	32	100	

El grado de satisfacción por el apoyo que tuvieron siempre fue alto: el 9.4% (n=3) se encuentran un poco satisfechas, el 43.8% (n=14) bastante satisfechas y el 46.9% (n=15) muy satisfechas.

Con lo que respecta al C.I. de las madres se obtuvo una media de 80.97 ± 12.49 y mediana de 80, el menor puntaje fue de 60 y el máximo de 112, de acuerdo a su clasificación se tiene la siguiente gráfica:

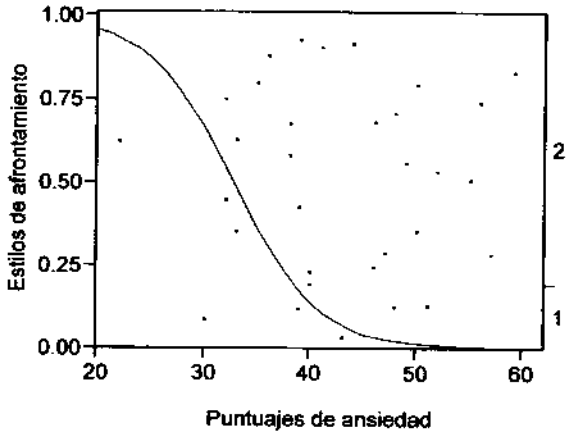


Gráfica 4: Clasificación del coeficiente intelectual de las madres.

Como parte de los objetivos planteados, se realizó el análisis de los estilos de afrontamiento con los factores asociados: ansiedad, depresión, apoyo social y C.I. cuyos resultados se muestran en las siguientes gráficas.

En la gráfica 5 encontramos una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento y los puntajes de ansiedad, lo que no ocurre con las variables depresión (gráfica 6) y C.I. materno (gráfica 9).

Respecto a la relación con la variable Apoyo Social, recordemos que midió dos aspectos diferenciados: el número de personas que pudieron brindar apoyo, con la que no hubo una relación estadísticamente significativa (gráfica 7) y; el grado de satisfacción que sintieron las madres con el apoyo, aspecto con el que sí hubo una relación estadísticamente significativa (gráfica 8).

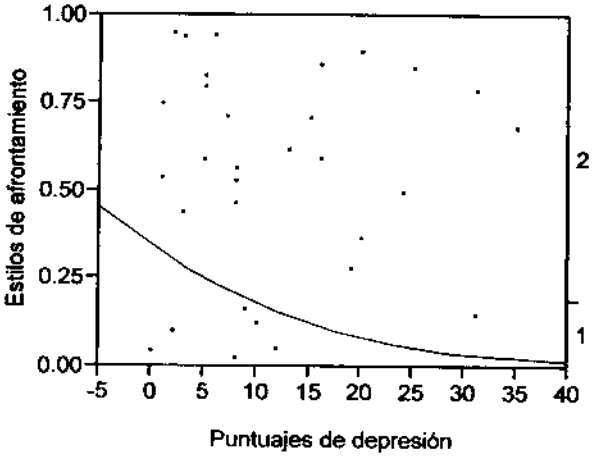


2.Centrado en la Emoción

1.Dirigido al Problema

ChiSquare	Prob>ChiSq
10.85121	0.0010*

Gráfica 5: Relación de los estilos de afrontamiento con los puntajes obtenidos en la prueba de ansiedad.

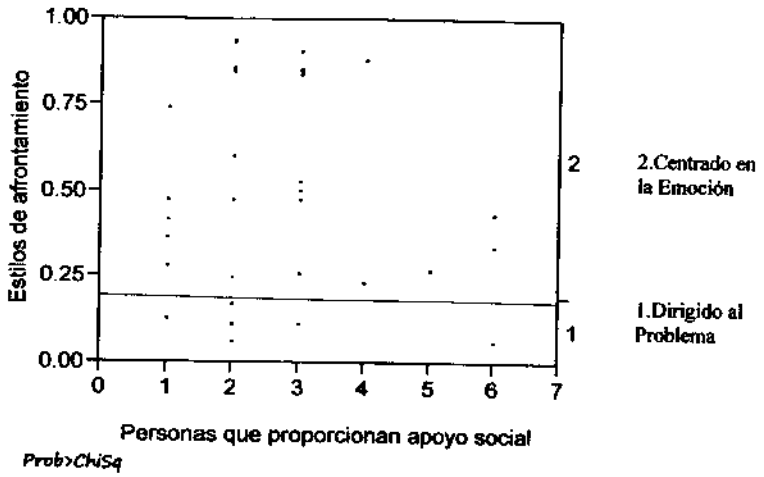


2.Centrado en la Emoción

1.Dirigido al Problema

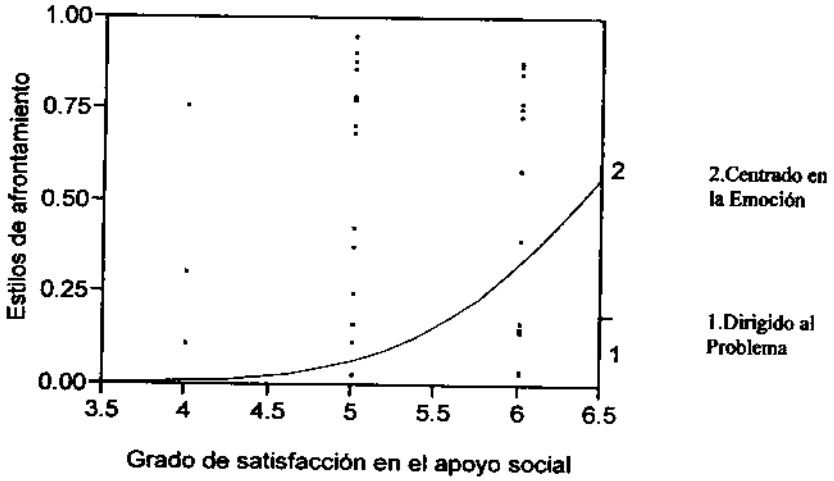
ChiSquare	Prob>ChiSq
2.233966	0.1350

Grafica 6: Relación de los estilos de afrontamiento con los puntajes de la prueba de depresión.



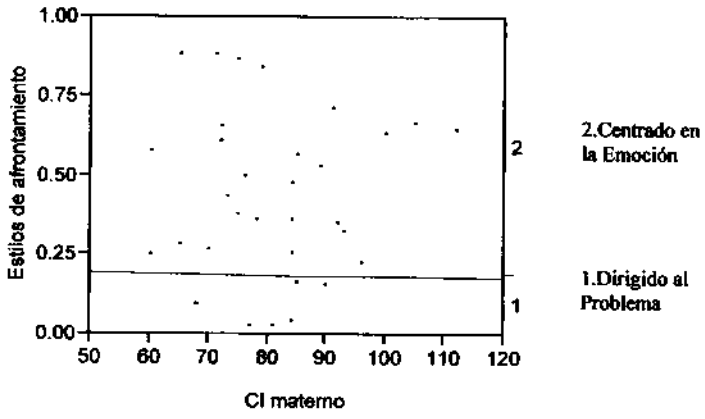
ChiSquare	Prob>ChiSq
0.001587	0.9682

Gráfica 7: Relación de los estilos de afrontamiento con el número de personas que proporcionan apoyo social.



ChiSquare	Prob>ChiSq
4.519027	0.0335*

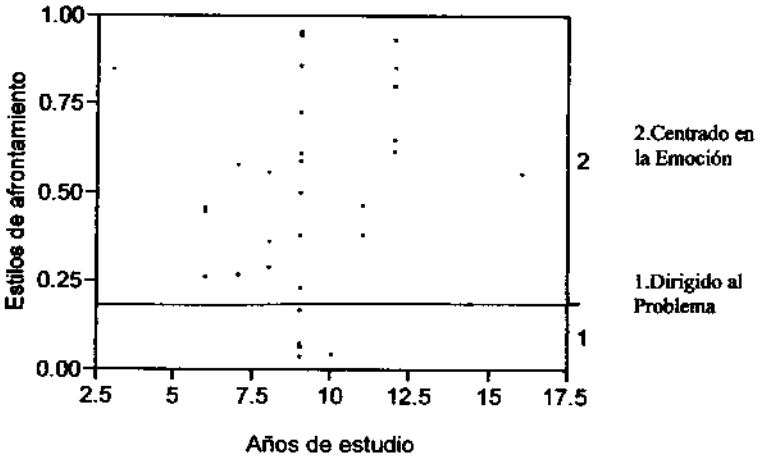
Gráfica 8: Relación de los estilos de afrontamiento con el grado de satisfacción del apoyo social recibido.



ChiSquare	Prob>ChiSq
0.000897	0.9761

Gráfica 9: Relación de los estilos de afrontamiento con el C.I. materno.

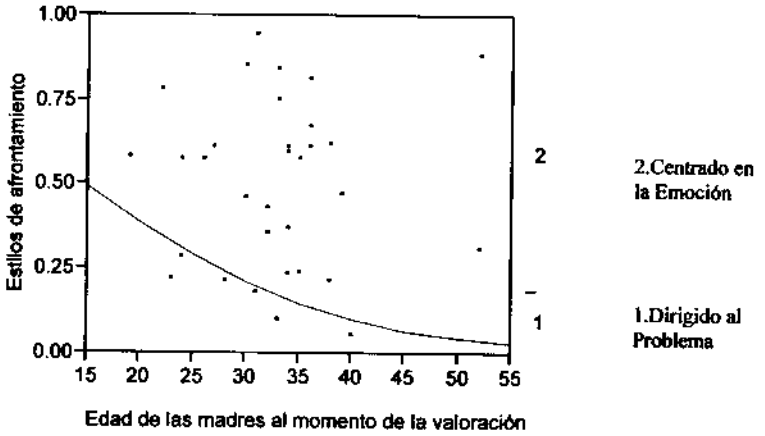
También se realizó el análisis de los estilos de afrontamiento con algunas variables "generales" de la madre. La gráfica 10 nos muestra la relación entre los estilos de afrontamiento y los años de estudios (media de 9.16 ± 2.38 y mediana de 9.00) en donde podemos ver que no hubo relación estadísticamente significativa.



ChiSquare	Prob>ChiSq
0.000145	0.9904

Gráfica 10: Relación de los estilos de afrontamiento con los años de estudio.

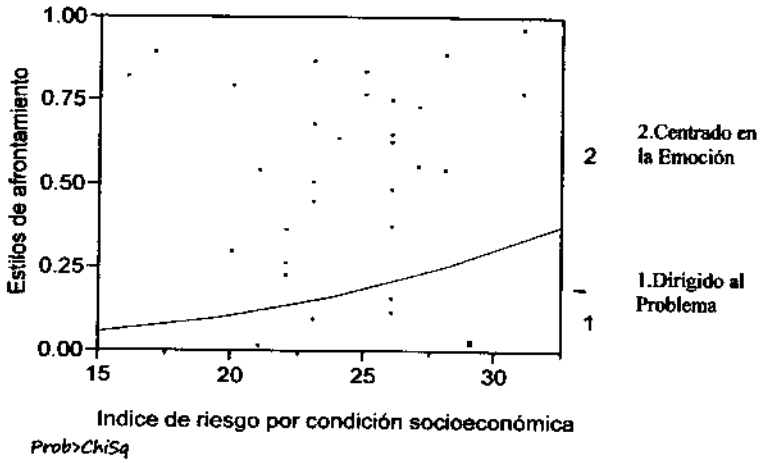
La gráfica 11 muestra la relación entre los estilos de afrontamiento y la edad de las madres al momento de la valoración en donde no se observó diferencia.



ChiSquare	Prob>ChiSq
1.473561	0.2248

Gráfica 11: Relación de los estilos de afrontamiento con la edad de la madre al momento de la valoración.

En la gráfica 12 se observa que no hubo relación entre el estilo de afrontamiento y la condición socioeconómica.

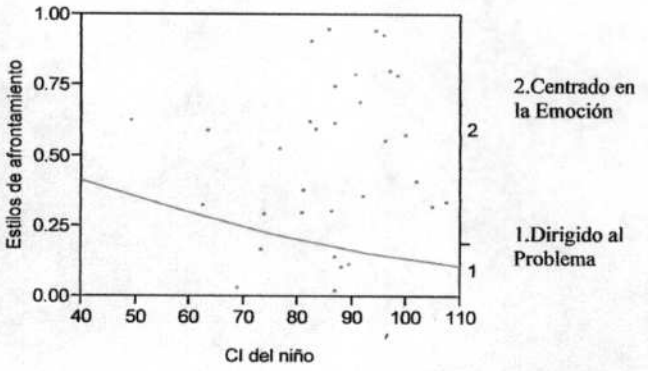


ChiSquare	Prob>ChiSq
0.926549	0.3358

Gráfica 12: Relación de los estilos de afrontamiento con la puntuación del índice de riesgo por condición socioeconómica.

Se realizó el análisis entre los estilos de afrontamiento y algunas variables del niño con la finalidad de ver si éstas impactaron en las primeras.

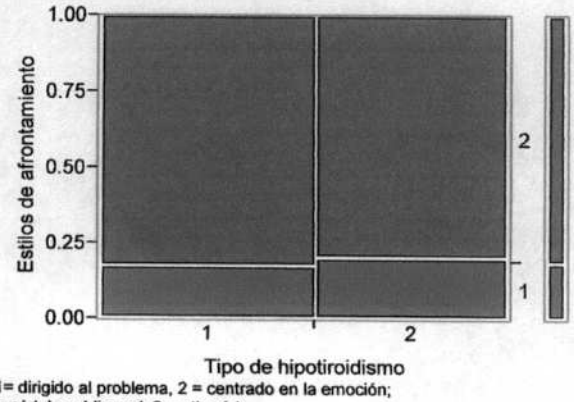
En la gráfica 13 se observa que los puntajes de C.I. del niño no condicionaron el estilo de afrontamiento de la madre.



ChiSquare	Prob>ChiSq
0.535552	0.4643

Gráfica 13: Relación entre los estilos de afrontamiento y el coeficiente intelectual del niño.

En la gráfica 14 tampoco se observa asociación entre el tipo de hipotiroidismo del hijo con el estilo de afrontamiento utilizado por la madre.



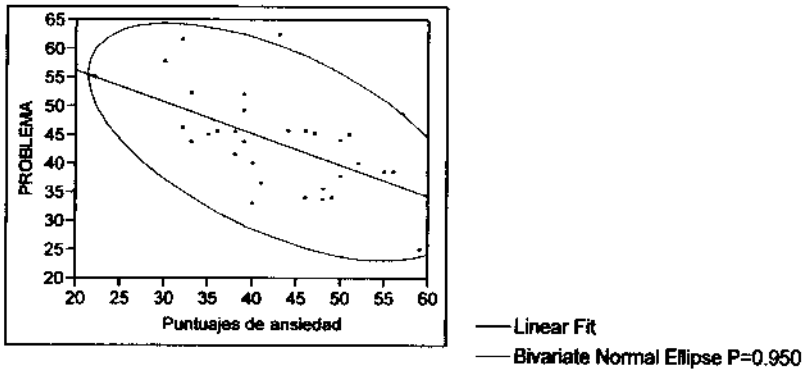
(Estilo de afrontamiento: 1= dirigido al problema, 2 = centrado en la emoción;
Tipo de hipotiroidismo: 1 = nódulo sublingual, 2 = atirosis)

ChiSquare	Prob>ChiSq
0.029	0.8649

Gráfica 14: Relación entre los estilos de afrontamiento y el tipo de hipotiroidismo del niño.

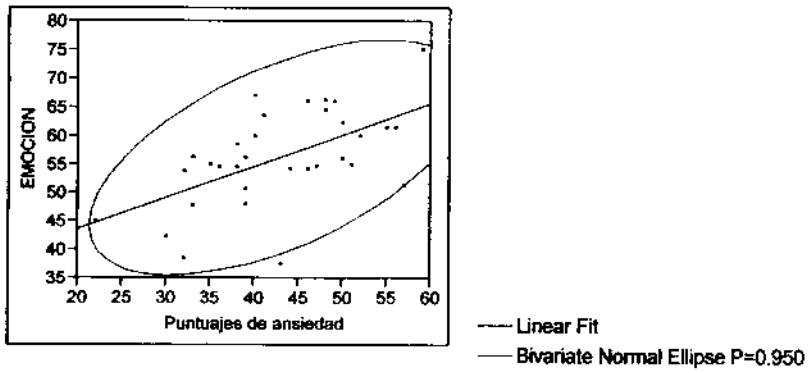
Con la finalidad de ver cómo se comportaron las variables de ansiedad, depresión, apoyo social y C.I. materno de manera específica con el afrontamiento, se dividió a esta última en sus dos estilos: dirigido al problema y centrado en la emoción, y se analizaron de manera individual; sólo se mencionaron aquellas que fueron significativas.

Las gráficas 15 y 16 muestran la relación de los estilos de afrontamiento con la ansiedad, en ambos casos la relación fue estadísticamente significativa.



Correlation	Signif. Prob
-0.57563	0.0006*

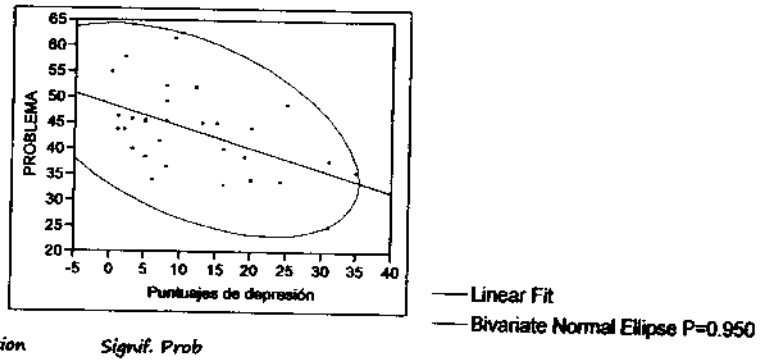
Gráfica 15: Relación entre el estilo de afrontamiento dirigido al problema y los puntajes de ansiedad.



Correlation	Signif. Prob
0.575914	0.0006*

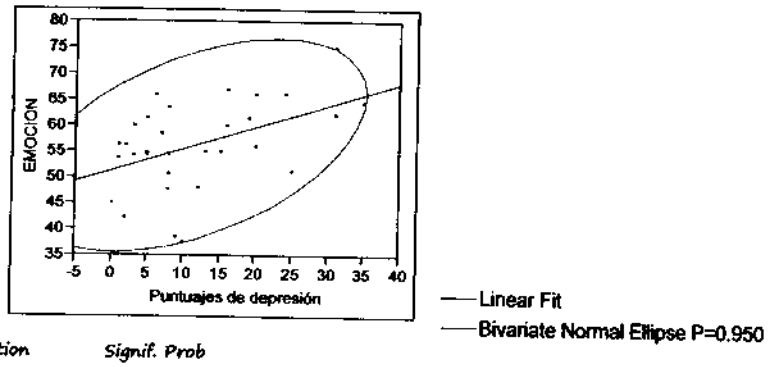
Gráfica 16: Relación entre el estilo de afrontamiento centrado en la emoción y los puntajes de ansiedad.

Las gráficas 17 y 18 muestran la relación de los estilos de afrontamiento y los puntajes de depresión, en ambos casos la relación fue estadísticamente significativa, lo que no ocurre cuando se relacionaron de manera conjunta; en la gráfica 17 se puede ver que mientras más alto fue el porcentaje del estilo de afrontamiento dirigido al problema, los puntajes de depresión fueron menores, lo cual significa un menor grado de depresión, mientras que en la gráfica 18 sucede lo contrario, mientras mayor fue el porcentaje del estilo de afrontamiento centrado en la emoción, mayor puntaje de depresión, y en consecuencia mayor depresión, por lo que probablemente ambas respuestas se estuvieron compensando y por ello, al momento de hacer el análisis conjunto, no se encontró una relación estadísticamente significativa.



Correlation	Signif. Prob
-0.48407	0.0050*

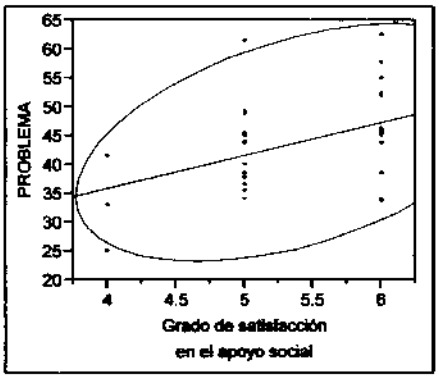
Gráfica 17: Relación entre el estilo de afrontamiento dirigido al problema y los puntajes de depresión.



Correlation	Signif. Prob
0.484407	0.0050*

Gráfica 18: Relación entre el estilo de afrontamiento centrado en la emoción y los puntajes de depresión.

En las gráficas 19 y 20 se puede ver que ambos estilos de afrontamiento se relacionaron de manera estadísticamente significativa con el grado de satisfacción del apoyo social que tuvieron las madres. Particularmente en la gráfica 20 se puede observar cierta tendencia que tuvieron las madres menos satisfechas a obtener porcentajes más altos en el estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

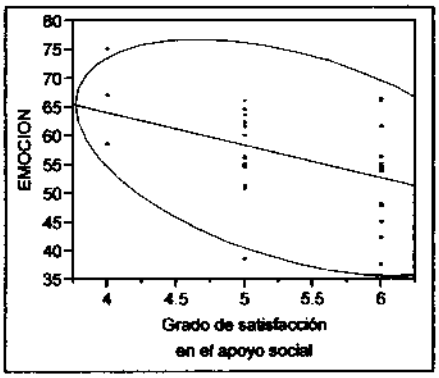


—— Linear Fit
—— Bivariate Normal Ellipse P=0.950

(4 = un poco satisfecho, 5 = bastante satisfecho, 6 = muy satisfecho)

Correlation	*Signif. Prob*
0.450756	0.0096*

Gráfica 19: Relación entre el estilo de afrontamiento dirigido al problema y el grado de satisfacción en el apoyo social.



—— Linear Fit
—— Bivariate Normal Ellipse P=0.950

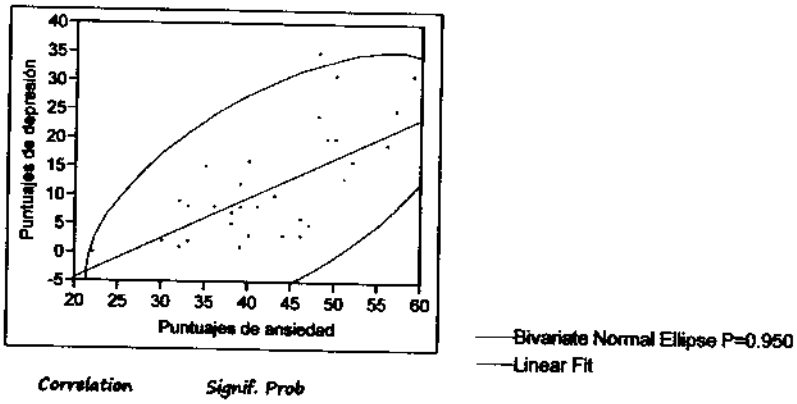
(4 = un poco satisfecho, 5 = bastante satisfecho, 6 = muy satisfecho)

Correlation	*Signif. Prob*
-0.45056	0.0097*

Gráfica 20: Relación entre el estilo de afrontamiento centrado en la emoción y el grado de satisfacción en el apoyo social.

Los factores como ansiedad, depresión, apoyo social y C.I. materno tuvieron entre sí las siguientes relaciones, se anotaron las más importantes.

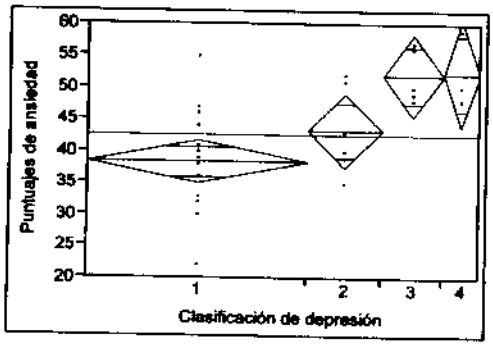
La gráfica 21 muestra la relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la depresión, se observa que mientras mayores fueron los puntajes de ansiedad, mayores fueron los puntajes de depresión.



Correlation	Signif. Prob
0.638681	<.0001*

Gráfica 21: Relación entre los puntajes de ansiedad y los puntajes de depresión.

La gráfica 22 nos muestra la tendencia que hubo entre los puntajes de ansiedad y la clasificación de la depresión.

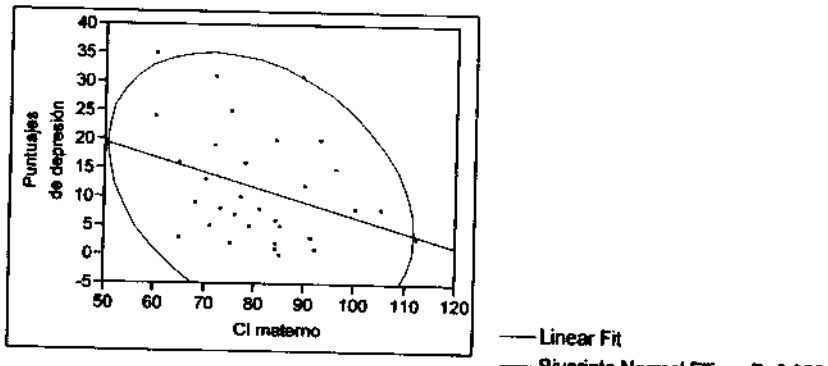


(1 = sin depresión, 2 = depresión leve, 3 = depresión moderada, 4 = depresión severa)

Prob > F
0.0010*

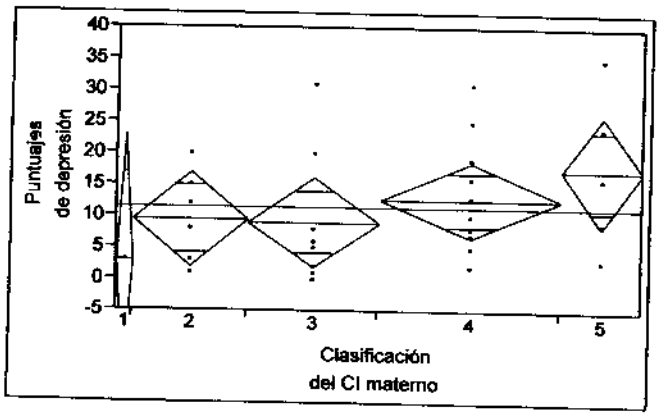
Gráfica 22: Relación entre los puntajes de ansiedad y la clasificación de los puntajes de depresión.

La gráfica 23 nos muestra la relación marginal entre los puntajes de depresión y los puntajes de C.I. materno en donde se observa que las madres menos deprimidas obtuvieron puntuaciones de C.I. más altas; mientras que la gráfica 24 nos muestra la misma relación pero con los puntajes de C.I. englobados en un sistema de clasificación, se observa que varío mucho el nivel de significancia.



Correlation	Signif. Prob
-0.33273	0.0628

Gráfica 23: Relación entre los puntajes de depresión y el C.I. materno.

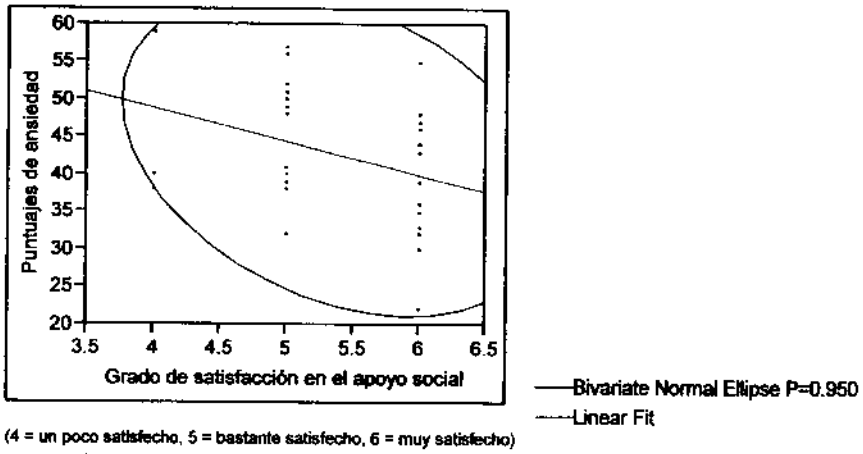


(1 = arriba del promedio, 2 = normal, 3 = abajo del promedio, 4 = limítrofe, 5 = deficiente mental)

Prob > F
0.4843

Gráfica 24: Relación entre los puntajes de depresión y la clasificación del C.I. materno.

La gráfica 25 nos muestra una relación marginal entre los puntajes de ansiedad y el grado de satisfacción en el apoyo social que tuvieron las madres.

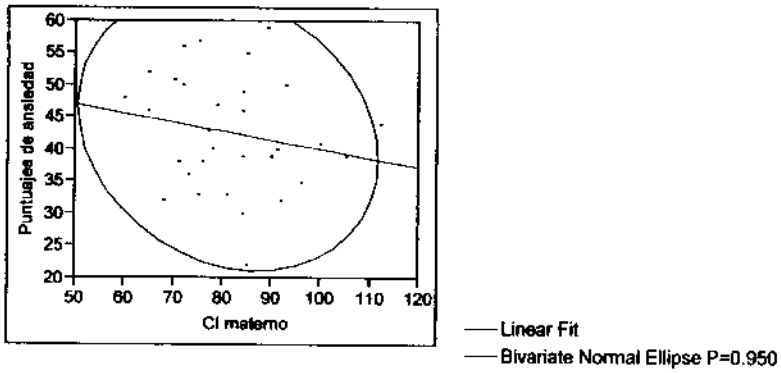


(4 = un poco satisfecho, 5 = bastante satisfecho, 6 = muy satisfecho)

Correlation	*Signif. Prob*
-0.33804	0.0584

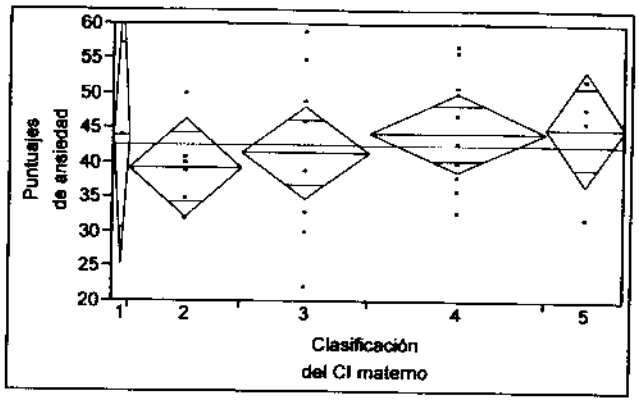
Gráfica 25: Relación entre los puntajes de ansiedad y el grado de satisfacción en el apoyo social.

Las gráficas 26 y 27 nos muestran la relación entre la ansiedad y el C.I. materno, mientras que en la gráfica 26 se relacionaron los puntajes de ansiedad con los puntajes del C.I. materno, en la gráfica 27 se relacionaron los puntajes de ansiedad con la clasificación del C.I., se observa cierta tendencia de que las madres con menor ansiedad obtuvieron puntuaciones de C.I. más altas.



Correlation	*Signif. Prob*
-0.19828	0.2767

Gráfica 26: Relación entre los puntajes de ansiedad y el C.I. materno.



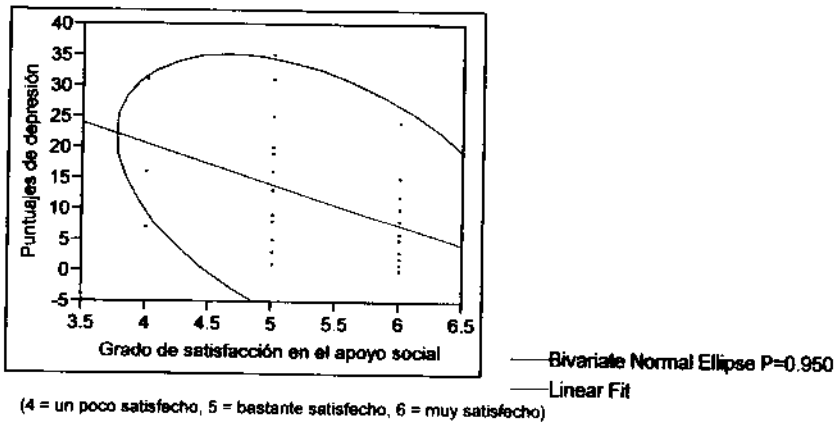
(1 = arriba del promedio, 2 = normal, 3 = abajo del promedio, 4 = limítrofe, 5 = deficiente mental)

Prob > F

0.7712

Gráfica 27: Relación entre los puntajes de ansiedad y la clasificación del CI materno.

La gráfica 28 muestra la relación estadísticamente significativa entre los puntajes de depresión y el grado de satisfacción en el apoyo social, en donde las madres con menores puntajes de depresión se sintieron más satisfechas con el apoyo social.



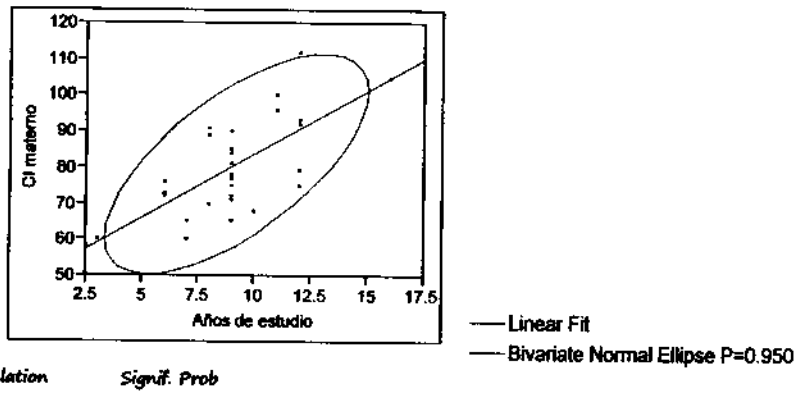
(4 = un poco satisfecho, 5 = bastante satisfecho, 6 = muy satisfecho)

Correlation	*Signif. Prob*
-0.45108	0.0096*

Gráfica 28: Relación entre los puntajes de depresión y el grado de satisfacción en el apoyo social.

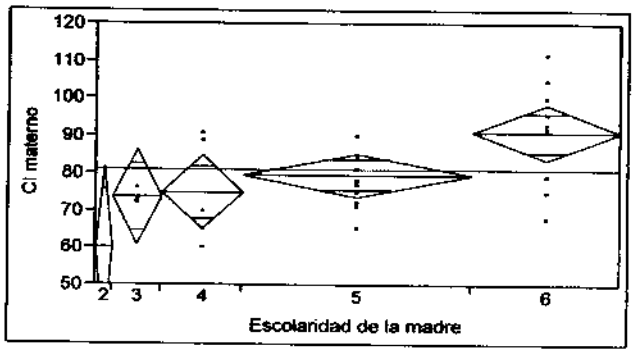
También se analizó la relación entre ansiedad, depresión, apoyo social y C.I. materno con algunas variables propias de la madre. Se muestran las más importantes.

Las gráficas 29 y 30 muestran la relación estadísticamente significativa entre los años de estudio y los puntajes de C.I., a mayor número de años cursados mayor C.I. obtenido. En la gráfica 30 los años cursados se encuentran agrupados por nivel de escolaridad.



Correlation	*Signif. Prob*
0.67172	<.0001*

Gráfica 29: Relación entre el C.I. materno y los años de estudio.

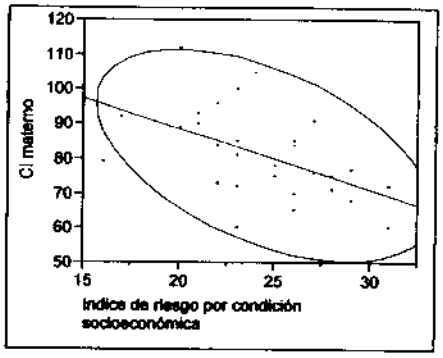


(2 = primaria incompleta, 3 = primaria, 4 = secundaria incompleta, 5 = secundaria, 6 = mayor a secundaria)

Prob > F
0.0149*

Gráfica 30: Relación entre el C.I. materno y el grado de escolaridad.

La gráfica 31 nos enseña que mientras el puntaje fue mayor en el índice de riesgo por condición socioeconómica los puntajes de C.I. fueron menores. Se recuerda que en el índice de riesgo las condiciones socioeconómicas más desfavorables obtuvieron puntuaciones más altas.

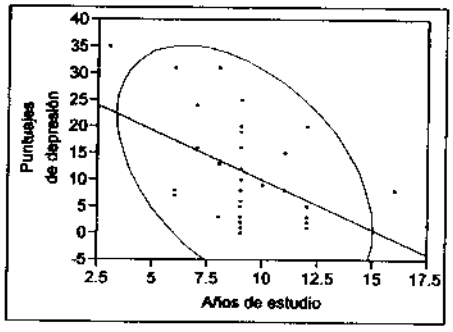


Bivariate Normal Ellipse P=0.950
Linear Fit

Correlation	Signif. Prob
-0.50606	0.0031*

Gráfica 31: Relación entre el C.I. materno y el índice de riesgo por condición socioeconómica.

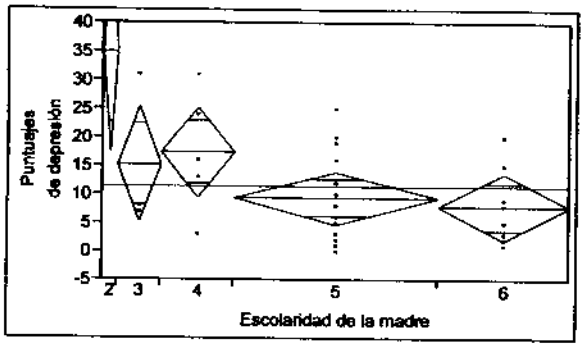
Las gráficas 32 y 33 muestran la relación entre la depresión y la escolaridad de la madre. Al igual que cuando se analizó la depresión con el C.I. materno, existió una relación estadísticamente significativa en donde las madres con mayores estudios tendieron a deprimirse menos.



Linear Fit
Bivariate Normal Ellipse P=0.950

Correlation	Signif. Prob
-0.46084	0.0079*

Gráfica 32: Relación entre los puntajes de depresión y los años de estudio.



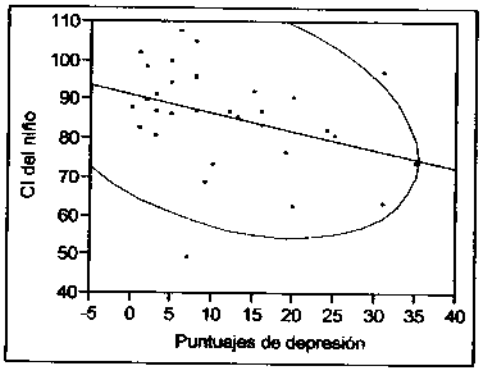
(2 = primaria incompleta, 3 = primaria, 4 = secundaria incompleta, 5 = secundaria, 6 = mayor a secundaria)

Prob > F
0.0255*

Gráfica 33: Relación entre los puntajes de depresión y la escolaridad de la madre.

Finalmente se presentan los análisis más importantes encontrados entre las variables de ansiedad, depresión, apoyo social y C.I. materno y algunas variables propias del niño.

La gráfica 34 nos muestra la relación estadísticamente significativa entre los puntajes de depresión de la madre con los puntajes de C.I. del niño, en donde se observa que a menor depresión materna, mejores puntuaciones de C.I. obtuvo el niño.

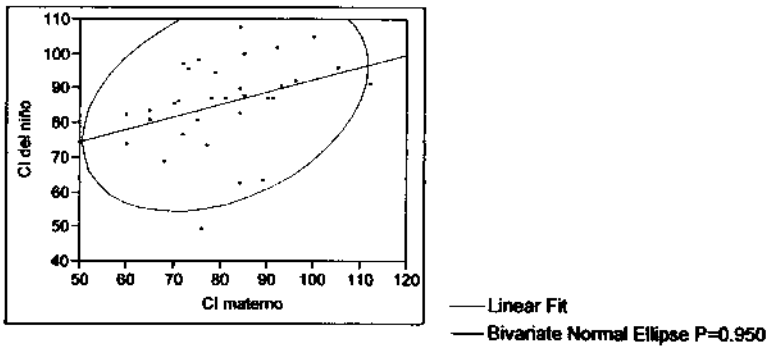


Linear Fit
Bivariate Normal Ellipse P=0.950

Correlation	Signif. Prob
-0.3501	0.0495*

Gráfica 34: Relación entre los puntajes de depresión materna y el C.I. del niño.

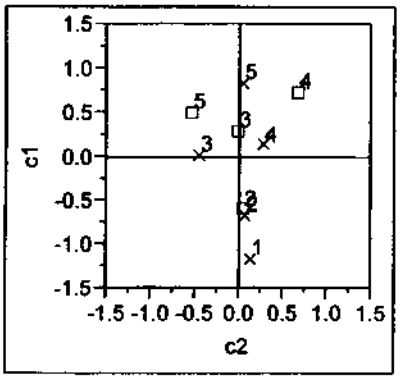
En la gráfica 35 podemos ver también la relación estadísticamente significativa que se obtuvo entre el C.I. materno y el C.I. del niño.



Correlation	Signif. Prob
0.350784	0.0490*

Gráfica 35: Relación entre el C.I. materno y el C.I. del niño.

La gráfica 36 muestra el análisis de correspondencia entre la clasificación del C.I. materno y la clasificación del C.I. del niño, se observa que la relación entre ambas no fue estadísticamente significativa aunque existió cierta tendencia en el grupo 2 con 2 (Normal).



Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Pearson	11.144	0.5166

Clasificación del C.I. materno

Clasificación de C.I. del niño

Gráfica 36: Análisis de correspondencia entre el C.I. materno y el C.I. del niño.

IV DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El afrontamiento es un tema que ha tenido auge en los últimos años, sobre todo en el área de la salud, en donde las investigaciones se han centrado en la forma de hacerle frente a situaciones estresantes como las enfermedades crónicas. Saber como afrontan las personas sus padecimientos o el de sus familiares permite un abordaje integral del impacto que tiene la enfermedad no sólo en el órgano o sistema funcional afectado, ayuda además a saber situaciones de comorbilidad, especialmente de tipo mental y la forma en que se va conducir respecto a su padecimiento y la manera en que éste se introducirá en su ámbito social inmediato, la adherencia al tratamiento, la forma en que participan los miembros de la familia en el cuidado de su salud, las posibilidades de relacionarse con sus pares, etc. son parte de un abordaje integral de los padecimientos que los afectan.

El hipotiroidismo congénito es un padecimiento crónico que de no tratarse oportunamente produce secuelas cognitivas irreversibles, pero que si se atiende adecuada y oportunamente, y se asiste a un programa de intervención, difícilmente habrá complicaciones. (Calzada, 1996) ¿Cómo afronta una madre una situación así?, en donde a la madre se le notifica que su hijo tiene una enfermedad crónica y que requiere de tratamiento que se le dará toda la vida y que de no tratarse puede presentar entre otros problemas retraso mental; si la madre proporciona el tratamiento sustitutivo de manera continua el niño podrá crecer sin repercusiones relevantes para su integración como miembro participativo socialmente.

Tomemos en cuenta que es una madre que acaba de dar a luz, situación también estresante, a un hijo aparentemente sano, el cual es el depositario de muchos simbolismos, expectativas, sueños e ilusiones. ¿Qué tan estresante podrá ser una situación así? Existe abundante literatura que señala a la enfermedad de un familiar y en especial la de un hijo como uno de los eventos más estresantes para una persona.

Fyrö (1988) señala el impacto que tuvo en los padres la noticia errónea (falsos positivos) de que su hijo tenía hipotiroidismo congénito y de las posibles secuelas que tendría al no atendérsele inmediatamente. Desconocemos las principales causas por las que casi no se ha abordado el tema en las madres de niños con este padecimiento; una hipótesis sería que al ser detectados y atendidos oportunamente, como sucede en los países desarrollados, el riesgo de padecer una secuela de importancia es prácticamente nulo; lo que no sucede en nuestro país, en donde la detección aunque puede ser temprana mediante el tamizaje, este no es universal y el inicio del tratamiento es tardío por los problemas de comunicación a los hogares. (Vela-Amieva, 2004)

Pero ¿qué ocurre cuando la mamá cuenta con el apoyo y la orientación acerca del padecimiento? cuando se evalúa periódicamente el desarrollo de sus hijos y se le proporcionan estrategias que le permiten estimularlo ¿la madre es más asertiva?

Este trabajo representó una primera aproximación para conocer la forma en que las madres hicieron frente al diagnóstico de sus hijos y se mantuvieron en un programa de seguimiento del neurodesarrollo. Consideramos muy relevante analizar el punto de vista de las madres (afrontamiento) y los factores que lo modulan para contar con una pequeña retroalimentación del trabajo que se está haciendo durante el seguimiento de los niños, con la finalidad de seguir sumando, o reorientar en su caso, las estrategias de apoyo que se les brindan para el optimo desarrollo de los niños; sobre todo porque conocemos el papel fundamental que juega la madre dentro de este proceso y si la madre se encuentra en las mejores condiciones, la calidad de la atención que le pueda dar al niño, también será la mejor.

Los resultados mostraron que el estilo de afrontamiento predominante fue el centrado en la emoción, el mismo que se ha encontrado en otros padecimientos crónicos como el cáncer (Sharan, 1995) sólo que a diferencia de éste, el hipotiroidismo congénito no tiene el estigma social de no tener solución; aunque cabe resaltar que el HC no es un padecimiento tan conocido

por medios formales o informales de comunicación y muy poca población sabe de su problemática, lo que podría dar una noción de indefensión y de que nada puede hacerse para modificarla, lo que propicia la respuesta registrada.

El que predomine un estilo de afrontamiento significa varias cosas, que la presencia de la enfermedad tiene un impacto emocional, que hay un desconocimiento del alcance de la misma, que los aspectos emocionales ocupan un espacio importante en la vida de las personas, aspectos que no siempre son percibidos ni son atendidos por los profesionales de la salud.

Desde el punto de vista de la atención del niño puede, suponer aspectos positivos o negativos, la evitación que es una de las estrategias emocionales, por ejemplo, implica restringir posibilidades de atención adecuada a las necesidades del niño. La reevaluación positiva en cambio, pueden ser una estrategia que independientemente de su sustento racional, implica una fuente de fortaleza por parte de la madre para estar cerca de su niño y la búsqueda de mejores condiciones futuras. De las madres del presente estudio con estilo de afrontamiento centrado en la emoción 14 presentaron como estrategia predominante la Reevaluación positiva y sólo una la de Distanciamiento.

Podríamos suponer que este tipo de repuesta se diera principalmente en las madres que tuvieran poco tiempo de conocer el diagnóstico, debido al desconocimiento general acerca del padecimiento, como ya fue señalado, ante el impacto de la noticia y la sensación de amenaza y porque se ha visto que entre mayor sea ésta, más primitivos, desesperados o regresivos tienden a ser los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción. (Lazarus, 1986) Sin embargo, el cuestionario fue aplicado a madres que ya habían estado en un programa de seguimiento durante varios años, en donde se les brindó información acerca del padecimiento, se evaluaba periódicamente a sus hijos, se les informaba acerca de su neurodesarrollo y se le proporcionaban estrategias para su estimulación; aspectos que debieron influir directamente en su forma de afrontar el padecimiento ya que hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a

medida que la interacción con el estresor va desarrollándose. Los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones en la cambiante relación individuo-entorno. (Lazarus, 1986)

Queda entonces, analizar a qué podría atribuirse que se siga presentando este tipo de repuesta después de un programa de seguimiento. Si las estrategias hasta ahora empleadas no han orientado este aspecto, si el impacto de la enfermedad es de tal magnitud, si persiste la incertidumbre de que pueda presentarse algún tipo de secuela, si influyó darlos de alta del seguimiento porque ahora ya no se sienten con ese apoyo, si se trata más bien de un estilo de respuesta característica de nuestra población, etc. es un aspecto que aún no podemos dilucidar. Un aspecto adicional del problema sería considerar, además de lo señalado, el propio método para estimar el estilo de afrontamiento; en el presente estudio el instrumento empleado considera de manera relativa la proporción de respuestas hacia uno u otro tipo, lo cual por el número de reactivos orienta más hacia el estilo centrado a la emoción, aunque corrige la estimación sólo a partir de la estrategia predominante en la que pudiendo ser una, otras pertenecientes al otro estilo, se manifiesten en segundo lugar.

Nos inclinamos hacia la posibilidad de que expresa una característica de la población, por ejemplo las respuestas relativas a tener fe en algo o rezar pertenecen a esta estrategia (reevaluación positiva), aspectos muy cercanos a las creencias de la población estudiada; tratando de unir piezas, vemos como las puntuaciones de ansiedad relacionaron directamente con el afrontamiento dirigido a la emoción, lo cual se ha encontrado en estudios de pacientes con cáncer (Sharan, 1995), proceso que se entiende pensando en el significado que representa para alguien tener este padecimiento y en donde se puede tener la sensación de que nada puede hacerse ante ello, es decir, la situación puede disparar los niveles de ansiedad y condicionar la respuesta de afrontamiento, ahora bien, en nuestra muestra la madre ha pasado por un proceso en donde se le han dado elementos para conocer sobre el padecimiento de sus hijo y saber que pueden incidir sobre él para su adecuado desarrollo, lo que suponemos, le permitiría ser un poco más asertiva y enfrentar los problemas

de manera un poco más directa, lo cual, siguiendo el mismo planteamiento que en la situación del cáncer, se esperaría que las puntuaciones de ansiedad estado fueran menores, pero si las puntuaciones de ansiedad reflejan más un rasgo de personalidad, como es nuestro caso, es más probable que ésta condicione el estilo de afrontamiento y no lo haga el conocimiento que se tiene del padecimiento. No encontramos reportes que nos permitan ubicar qué significado tiene el que, cuando menos en nuestros casos, casi la mitad de las madres muestren algún grado de ansiedad, aunque sería importante trabajar en estrategias que le enseñaran a las madres a valorar las situaciones estresantes de una mejor manera y hacerles frente de forma directa para también poder incidir en esa ansiedad rasgo.

Las relaciones entre los factores asociados con el tipo de afrontamiento muestran que la variable más cercana al mismo es la ansiedad, la mayor ansiedad reduce la probabilidad de presentar formas de afrontamiento dirigido al problema. Ello puede contribuir a una postura en la que manejar la ansiedad de una forma adecuada puede contribuir a una mejor toma de decisiones con relación a los aspectos del cuidado del niño e implementación de las estrategias de intervención que se proponen en un programa. Lo que se muestra es una asociación ya que no se puede determinar que todos los aspectos de la ansiedad predispongan las formas de afrontamiento, existen aspectos culturales que pueden centrar las expectativas en condiciones mágicas o afectivas en las relaciones con el entorno (pobreza, convivencia con familia del cónyuge, etc.) que pueden en algunos casos, mantener o incrementar los niveles de ansiedad en las personas.

En el estudio se observó que la presencia de depresión moderada y severa llevaba invariablemente al estilo de afrontamiento centrado a la emoción y de las estrategias que los caracterizan la de distanciamiento, considerada como una de las menos convenientes, presentó dos de los tres casos identificados. Nos llamó la atención que un poco menos de la mitad de las madres tenían algún grado de depresión, lo cual corresponde a las tendencias de prevalencia de este padecimiento en la población adulta del género femenino descritas en

la literatura, en donde se ha reportado, a nivel nacional, que es del 5.8% para las mujeres y de 2.5% para los hombres. (Medina-Mora, 2005) El contar con apoyo externo, como puede ser un programa de intervención en los hijos, da cierta seguridad afectiva con menor tendencia a este problema.

También se encontró una asociación entre la presencia de depresión con los resultados en la estimación del C.I. del niño, aspecto que ha sido descrito por la literatura. (CPS, 2004) De los 13 niños que tuvieron C.I. por arriba de 90 sólo en dos de los casos las madres presentaron algún grado de depresión. A partir de lo cual podemos plantear como hipótesis que la presencia de afrontamiento centrado a la emoción acompañado de depresión incrementa el riesgo de que el niño presente puntuaciones más bajas en el C.I.

El apoyo social fue un factor que no se relacionó directamente al estilo de afrontamiento de la madre ni a los puntajes de ansiedad, a pesar de que esta reportado como un elemento importante que amortigua las experiencia estresantes y es benéfico para la salud. (Acuña, 2001; Barrón, 1996).

Encontramos relación entre el C.I. materno y el C.I. del niño, aspecto que también se ha descrito en la literatura y aunque existen muchas variables que inciden en el C.I. del niño, como la escolaridad, la estimulación en el hogar, la adecuada alimentación, etc. el nivel intelectual de los padres es uno de ellos. (Sattler, 1992)

Muchas de las relaciones que se exploraron en el presente trabajo, mostraron tendencias en la relación entre las variables, sin embargo las asociaciones no fueron estadísticamente significativas, ello posiblemente se deba al tamaño de la muestra y el carácter exploratorio de la presente investigación.

CONCLUSIONES.

Se encontró relación entre los estilos de afrontamiento y los puntajes de ansiedad.

La ansiedad y la depresión se encuentran estrechamente relacionadas.

Menores puntajes de depresión materna se relacionan con mayores puntajes de C.I. del niño.

Es importante hacer énfasis en los procesos emocionales de la madre y crear una serie de estrategias para disminuir los niveles de ansiedad y de depresión.

La mayoría de las madres (59.37%) obtuvieron puntajes de C.I. entre los 70 y 89 puntos.

Se encontró relación entre el C.I. materno y el C.I. del niño.

Bibliografía

Acuña, L., Bruner, C. A. (2002). El efecto de las personas sobre la salud. Revista Mexicana de Psicología, 19(2), 115-124.

Aguilera-Guzmán, R., Carreño, G. M., Juárez, G. F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. Salud Mental, 27(6), 57-66.

Alonso-Fernandez, F. (2001). Claves de la depresión. Madrid, España: Cooperación Editorial.

American Academy of Pediatrics. (1993). Newborn screening for congenital hypothyroidism: recommended guidelines. Pediatrics, 91, 1203-1209.

American Psychological Association. (1995). DSM - IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Masson.

Anastasi, A., Urbina, S. (1998). Tests psicológicos. México: Prentice Hall.

Avila, R. E. (2003). Detección de hipotiroidismo congénito mediante el tamiz neonatal realizado en la iniciativa privada. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Bakal, D. A. (1996). Psicología y Salud. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Barrón, A. (1996). Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. España: Siglo XXI.

Barrón-Uribe, C., Pérez-Pastén, E. (1996). Conceptos actuales en hipotiroidismo congénito. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 53(6), 264-268.

Blanco-López, A., Amarilla, T., Dorantes-Alvarez, L. M. (1986). Evaluación clínica y de laboratorio en pacientes con hipotiroidismo congénito. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 43(4), 228-232.

Buceta, J. M., Bueno, A. M., Mas, B. (2001). Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo. Madrid, España: Dykinson.

Burke, S. O., Harrison, M. B., Kauffmann, E., Wong, C. (2001). Effects of stress-point intervention with families of repeatedly hospitalized children. Journal of Family Nursing, 7(2), 128-158.

Calderón, G. (1984). Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.

Calzada, L. R., García, C. J. (1996). Hipotiroidismo congénito. Acta Pediátrica de México, 17(6), 360-363.

Canadian Paediatric Society. (2004). Maternal depression and child development. Paediatric Child Healt, 9(8), 575-583.

Canto-de Cetina, T. E., Polanco-Reyes, L., Ballote-Zapata, M. Fernández-González, V., Piña-Castro, M., Cupul-Dzul, G. (1997). Tamiz neonatal para hipotiroidismo congénito. Experiencia en el laboratorio regional del sureste. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 54(8), 364-368.

Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N., Stewaet, S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. Journal of Anxiety Disorders, 14(2), 157-172.

Costa, N. K. (1996). Manual de pruebas de inteligencia y aptitudes. México: Plaza y Valdés y Universidad Iberoamericana.

Coyote, E. N., Linares, V. (2001). Hipotiroidismo congénito. En R. Calzada & A. Escalante (Eds.). Enfermedades endócrinas en niños y adultos. Rutas diagnósticas y evaluación de riesgos (pp. 195-199). México: Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología.

Cox, A. (1988). Maternal depression and impact on children's development. Archives of Disease in Childhood, 63, 90-95.

Dal-Ré, S. R., Budia, A., Ibarra, N., Bobes, G. J., Bulbena, A., Ballesteros, V. J. (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Medicina Clínica, 120, 693-700.

Dassault, J. H. (1999). The anecdotal history of screening for congenital hypothyroidism. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 84(12), 4332-4334.

Davis, C. C., Brown, R. T., Bakeman, R., Campbell, R. (1998). Psychological adaptation and adjustment of mothers of children with congenital heart disease: Stress, coping, and family functioning. Journal of Pediatric Psychology, 23(4), 219-228.

Derksen-Lubsen, G., Verkerk, P. H. (1996). Neuropsychologic development in early treated congenital hypothyroidism: analysis of literature data. Pediatric Research, 39(3), 561-566.

Diez, C., Sánchez, P. L. (2000). Etiopatogenia. En J. Vallejo & C. Gastó (Eds.). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión (pp. 51-99). Barcelona, España: Masson.

Dorantes, A. L. (1984). Hipotiroidismo congénito. Un problema de diagnóstico oportuno. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 41(10), 513-514.

Fyrö, K. (1988). Neonatal Screening: life-stress scores in families given a false-positive result. Acta Pædiatrica Scandinavica, 77, 232-238.

Gardner, H., Kornhaber, M., Wake, W. (2000). Inteligencia. Múltiples perspectivas. Buenos Aires, Argentina: Aique.

Goldbeck, L., Braun, J., Storck, M., Toennessen, D., Weyhreter, H., Debatin, K. M. (2001). Adaptation von eltern an eine chronische erkrankung ihres kindes nach der diagnosestellung [Resumen]. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 51(2), 68-75.

Gracia, F. E., Herrero, O. J., Musitu, O. G. (1995). El apoyo social. Barcelona, España: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23, 56-62.

Hart, I. R., Newton, R. W. (1987). Endocrinología. México: Manual Moderno.

Infante, C., Schlaepfer, L. (1994). Las variables socioeconómicas en la investigación en salud pública en México. Salud Pública de México, 36, 364-373.

Jackson, S. (1989). Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. Madrid, España: Turner.

Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. Salud Mental, 21(3), 26-31.

Kellogg, C., Morton, N. (2001). Instrumento no verbal de inteligencia BETA II-R. México: Manual Moderno.

Kumate, J. (1996). Hambre oculta de yodo en los niños. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 53(6), 257-258.

LaFranchi, S. (2001). Trastornos de la glándula tiroides. En R. Behrman, R. Kliegman, H. Jenson (Eds.). Nelson. Tratado de pediatría (pp. 1850-1870). México: Mcgraw-Hill Interamericana.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España: Martínez Roca.

Lesson, M. D., Paparu, A. A. (1988). Atlas de histología. México: McGraw Hill Interamericana.

Loera-Luna, A., Aguirre, B., Gamboa, S., Vargas, H., Robles, C., Velázquez, A. (1996). Resultados del programa para la prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 53(6), 259-263.

López, T. N., Zavala, M. A., Mendoza, D. S., Rodríguez, Z. J., Medina, M. M., Camacho, L. E. (1999). Identificación de hipotiroidismo congénito en un hospital general, mediante el tamiz neonatal. Revista Mexicana de Pediatría, 66(3), 102-103.

Luengo, B. D. (2005). La ansiedad al descubierto: Cómo comprenderla y hacerle frente.. Barcelona, España: Paidós.

Manelic, R. H., Ortega-Soto, H. (1995). La depresión en los estudiantes universitarios de la escuela nacional de estudios profesionales plantel Aragón. Salud Mental, 18(2), 31-34.

Medina-Mora, I. M., Lozano, R., Bello, M., Puentes-Rosas, E. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México, 47(Suppl. 1), 4-11.

Miller, R., Sabin, C. A., Goldman, E., Clemente, C., Sadowski, H., Taylor, B., et al. (2000). Coping styles in families with hemophilia. Psychology Health & Medicine, 5(1), 3-12.

Moore, K. L., Persaud, T. V. (1999). Embriología Clínica. México: McGraw-Hill Interamericana.

Mora, B. J. (2001). Comparación de estrategias de afrontamiento en hombres y mujeres ante el diagnóstco de VIH. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México.

Morrealle, E. G. (2001). The role of thyroid hormone in fetal neurodevelopment. Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism, 14(Suppl. 6), 1453-1462.

Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard Jr., Thomas, J., Boykin, A. W., Brody, N., et al. (1996). Intelligence: knowns and unknowns. American Psychologist, 51(2), 77- 101.

Panzarine, S., Slater, E., Sharps, P. (1995). Coping, social support, and depressive symptoms in adolescent mothers. Journal of Adolescent Health, 17, 113-119.

Ridaura-Sanz, C., López-Corella, E. (1995). Las causas de muerte por hipotiroidismo congénito. Un estudio realizado en necropsias. Gaceta Médica de México, 131(2), 141-146.

Rivera, B., Corrales, A., Cáceres, O., Pina, J. (2007). Validación de la escala de depresión de Zung en personas con VIH. Terapia Psicológica, 25(2), 135-140.

Rodríguez, A. Y., Trujillo, Z. (1998). Depresión en pacientes con enfermedad de Parkinson. Revista Mexicana de Psicología, 15(1), 59-64.

Rojas, E. (2004). La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. México: Booket.

Ruiz, C. T. (2001). Estandarización de la escala de Beck para medir trastornos depresivos en mujeres menopáusicas de la población mexicana que acude al Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, 13, 9-13.

Saklofske, D. H., Kelly, I. W. (1995). Coping and Personality. Psychological Reports, 77, 481-482.

Sameroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A., Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: the influence of social and family risk factors. Child Development, 64(1), 84-97.

Sanz, J., Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.). Manual de psicopatología (pp. 341-378). México: McGraw Hill.

Sanz, J., Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. Psicothema, 10(2), 303-308.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., Sarason, B. R. (1983). Assesing social support: The social support questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 44(1), 127-139.

Sattler, J. M. (2003). Evaluación infantil. Aplicaciones cognitivas. vol.1 México: Manual Moderno.

Secretaría de Salud. Norma Técnica 321, para la Prevención del Retraso Mental Producido por Hipotiroidismo Congénito. México, D.F: Diario Oficial de la Federación. 22 de septiembre de 1988; Tomo CDXX No. 14:88 – 90.

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, para la Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio. México, D.F: Diario Oficial de la Federación. 6 de enero de 1995; Tomo CDXCVI No. 5:19 - 38.

Sharan, P., Mehta, M., Choudhry, V. P. (1995). Coping and adaptation in parents of children suffering from acute lymphoblastic leukemia. Indian Journal of Pediatrics, 62, 737-741.

Smallridge, R. C., Ladenson, P. W. (2001). Hypothyroidism in pregnancy: consequences to neonatal health. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 86(6), 2349-2353.

Sotelo, A. C., Maupome, S. V. (2000). Traducción y estandarización del cuestionario modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman para una población de adolescentes mexicanos. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México.

Spielberger, C. D., Díaz-Guerrero, R. (1975). Inventario de ansiedad Rasgo-Estado. México: Manual Moderno.

Sternberg, R. J. (1997). Inteligencia exitosa. Cómo una inteligencia práctica y creativa determina el éxito en la vida. Barcelona, España: Paidós.

Tapia-Conyer, R., Kuri-Morales, P., González-Figueroa, E. (1996). Resultados de la encuesta sobre deficiencia de yodo en México. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 53(6), 269-275.

Torres-Castillo, M., Hernández-Malpica, E., Ortega-Soto, H. (1991). Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. Salud Mental, 14(2), 1-6.

Toublanc, J. E. (1999). Guidelines for neonatal screening programs for congenital hypothyroidism. Acta Pædiatrica, 88(Suppl 423), 13-14.

Vallejo, J., Bataller, R. (2000). Relación entre los estados de ansiedad y los trastornos depresivos. En J. Vallejo & C. Gastó (Eds.). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión (pp. 724-761). Barcelona, España: Masson.

Van Vliet, G. (2001). Treatment of congenital hypothyroidism. Lancet, 358, 86-87.

Vela, A. M., Gamboa, S., Aguirre, B. E., Cicerón, I., Pérez, A. M., Ortiz, J., et al. (2000). Tamiz neonatal del hipotiroidismo congénito en México. Frecuencia en los últimos diez años. Acta Pediátrica de México, 21(4), 99-103.

Vela-Amieva, M., Gamboa-Cardiel, S., Pérez-Andrade, M. E., Ortiz-Cortés, J., González-Contreras, C., Ortega-Velázquez, V. (2004). Epidemiología del hipotiroidismo congénito en México. Salud Publica de México, 46(2), 141-148.

White, N. E., Richter, J. M., Fry, C. (1992). Coping, social support and adaptation to chronic illness. Western Journal of Nursing Research, 14(2), 211-224.

Zermeño, G. J. (2005). Recién nacidos con hipotiroidismo congénito hijos de madre con patología tiroidea. Tesis de especialidad no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.