

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo de fin de carrera titulado:

**“ESTRÉS PARENTAL Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN MADRES DE NIÑOS CON
HIPOTIROIDISMO CONGÈNITO”**

Realizado por:

ANDREA ELIZABETH GUERRÓN ARAQUE

Director del proyecto:

ERICK ARGÜELLO M.A., M. Ed., Psy.D.

Como requisito para la obtención del título de:

PSICÓLOGA CLÍNICA

Quito, 01 de Septiembre 2014

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, ANDREA ELIZABETH GUERRÓN ARAQUE, con cédula de identidad No. 1716896988, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado a calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondientes a este trabajo, a la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.

Andrea Guerrón Araque

C.C.: 1716896988

DECLARATORIA

El presente trabajo de investigación titulado:

**“ESTRÉS PARENTAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
MADRES DE NIÑOS CON HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO”**

Realizado por:

ANDREA GUERRÓN ARAQUE

como requisito para la obtención del título de:

PSICÓLOGA CLÍNICA

ha sido dirigido por el profesor

ERICK ARGÜELLO M.A., M. Ed., Psy.D.

quien considera que constituye un trabajo original de su autor

Erick David Argüello

DIRECTOR

LOS PROFESORES INFORMANTES

Los Profesores Informantes:

PSI. LORENA PAREDES

ING. CARLOS GUIJARRO

Después de revisar el trabajo presentado,
lo han calificado como apto para su defensa oral ante
el tribunal examinador

Psi. Lorena Paredes

Ing. Carlos Guijarro C. Msc.

Quito, 01 de Septiembre 2014

DEDICATORIA

A mi hijo Sebastián, por ser el pilar fundamental y la fortaleza que me impulsa a seguir día a día.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios, quien ha puesto muchas bendiciones en mi vida y me ha dado la fortaleza y la sabiduría para salir adelante.

A mis padres quienes con su esfuerzo y sacrificio han forjado en mí un espíritu luchador, les agradezco por el amor y el apoyo que me han dado en todas las etapas de mi vida. A mis abuelos Eduardo, Iván, Esperanza y Edna, sin ustedes no sería quien soy. A mi hermano, por ser mi guía y mi apoyo, mi mejor amigo.

Al Dr. Santiago Echeverría, Coordinador Nacional del Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal, por permitir y respaldar esta investigación, y además, enseñarme con su ejemplo que la vida es maravillosa y está hecha para servir a los demás.

A mi Director de Tesis, Dr. Erick Argüello, por su guía y su paciencia durante el desarrollo de este trabajo y su soporte hasta la culminación del mismo. Y a los profesores informantes, Psi. Lorena Paredes e Ing. Carlos Guijarro por sus enseñanzas.

A las madres que participaron en esta investigación, mujeres que son ejemplo de lucha y amor. Gracias.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPÍTULO I	3
INTRODUCCIÓN	3
1.1. El Problema de Investigación	3
1.1.1. Planteamiento del Problema	3
1.1.1.1 Diagnóstico del Problema	4
1.1.1.2 Pronóstico	5
1.1.1.3 Control pronóstico	5
1.1.2. Formulación del Problema	5
1.1.3. Sistematización del Problema	6
1.1.4. Objetivos Generales	6
1.1.5. Objetivos Específicos	6
1.1.6. Justificación	6
1.2 Marco Teórico	7
1.2.1 Estado Actual del Conocimiento sobre el tema	7
1.2.2 Adopción de una perspectiva teórica	14
1.2.2.1 Teoría de evaluación cognoscitiva	14
1.2.2.2 Modelo Transaccional del estrés y el afrontamiento	16
1.2.3 Marco Conceptual	19
1.2.3.1 Tamizaje Metabólico Neonatal	19
1.2.3.2 Hipotiroidismo Congénito	20
1.2.3.3 Estrés Parental	20
1.2.3.3.1 La Angustia Parental	23

1.2.3.3.2	La Interacción Disfuncional materno-filial	23
1.2.3.3.3	La Autorregulación Infantil	23
1.2.3.4	Estrategias de Afrontamiento	24
1.2.3.4.1	Estrategias enfocadas en el problema	24
1.2.3.4.2	Estrategias enfocadas en la emoción	25
1.2.3.4.3	Otros estilos de afrontamiento	26
1.2.4	Hipótesis	27
1.2.5	Identificación y Caracterización de variables	27
1.2.5.1	Estrés Parental	27
1.2.5.2	Estrategias de Afrontamiento	27
CAPÍTULO II		28
MÉTODOLOGÍA		28
2.1	Nivel de Estudio	28
2.2	Modalidad de la Investigación	28
2.3	Método	29
2.4	Población y Muestra	29
2.5	Selección de Instrumentos de Investigación	31
2.5.1	Formulario de Investigación Demográfica	31
2.5.2	Escala de Estrés Homes y Rahe	32
2.5.3	Índice de Estrés Parental – Short Form	32
2.5.4	Test COPE	33
2.6	Validez y Confiabilidad de Instrumentos	34
2.7	Operacionalización de Variables	34
2.8	Procesamiento de datos	36
2.9	Recursos Humanos	36

2.10	Recursos Técnicos y Materiales	36
CAPÍTULO III		37
RESULTADOS		37
3.1	Análisis de resultados de estrés parental	37
3.2	Análisis de resultados de la escala de respuesta defensiva	39
3.3	Análisis de los resultados sobre la escala de estrés Homes & Rahe	39
3.4	Análisis de resultados sobre estrategias de afrontamiento	40
3.5	Análisis de correlación entre estrés parental y estrategias de afrontamiento	43
3.6	Análisis de correlación entre las escalas de estrés parental y estrategias de afrontamiento	45
CAPÍTULO IV		47
DISCUSIÓN		47
4.1	Limitaciones	49
4.2	Conclusiones	50
4.3	Recomendaciones	51
REFERENCIAS		53

GRÁFICOS

Gráfico 1. Modelo explicativo de estrés y de los síntomas psicosomáticos	17
Gráfico 2. Modelo Teórico del Modelo de Estrés Parental.	22
Gráfico 3. Porcentaje: Estado civil de las madres	75
Gráfico 4. Porcentaje: Rangos de edad de las madres	75
Gráfico 5. Porcentajes: Estudios alcanzados por las madres	76
Gráfico 6. Porcentajes: Ocupación de las madres	76
Gráfico 7. Porcentaje: Madre como cuidadora primaria de su hijo con hipotiroidismo congénito	77
Gráfico 8. Porcentajes: Ingreso económico mensual familiar	77
Gráfico 9. Porcentajes: Número de hijos de las madres	78

TABLAS

Tabla 1. Frecuencias y Porcentaje: Muestra	31
Tabla 2. Operacionalización de Variables	35
Tabla 3. Promedio y Desviación Estándar: Estrés Parental	38
Tabla 4. Media, Desviación Estándar, puntaje mínimo y máximo: Respuesta defensiva	39
Tabla 5. Frecuencia, puntuación y total de la escala de estrés Homes & Rahe	40
Tabla 6. Promedio y Desviación estándar: Estrategias de afrontamiento	41
Tabla 7. Promedios y Desviación estándar: Escalas de Afrontamiento	42
Tabla 8. Correlaciones: Escalas de Afrontamiento y Autorregulación Infantil	44
Tabla 9. Correlaciones: Escalas de Afrontamiento y Autorregulación infantil	46

ANEXOS

ANEXO A. Documento de Aprobación del tema	58
ANEXO B. Documento de Aprobación de Plan de Tesis	59
ANEXO C. Carta de Solicitud al Proyecto de Tamizaje Neonatal	60
ANEXO D. Carta de autorización de Proyecto de Tamizaje Neonatal	61
ANEXO E. Formulario de Consentimiento Informado	62
ANEXO F. Formulario de Información Demográfica	63
ANEXO G. Índice de Estrés Parental	65
ANEXO H. Test COPE	68
ANEXO I. Recursos Financieros	69
ANEXO J. Cronograma de Trabajo	70
ANEXO K. Tabla de Interpretación de resultados de sub escalas de PSI-Forma Corta	71
ANEXO L. Hoja de perfiles y normas del PSI Short Form	74

RESUMEN

La presente investigación estudió la posible relación entre el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas por madres de niños diagnosticados con hipotiroidismo congénito. Se recolectó información de ($N = 25$) madres entre 18 y 37 años de edad de las cuales el 84% reportó ser cuidadora primaria de su hijo diagnosticado con la enfermedad. La mayoría de madres indicaron estar en una relación de compromiso con su pareja. Las mismas completaron una batería de instrumentos impresos (Índice de Estrés Parental y el Test COPE). La batería fue administrada de manera presencial e individual previa la autorización de la participación voluntaria de las madres por medio de un consentimiento informado. Las madres reportaron altos niveles de estrés relacionados al comportamiento de sus hijos (autorregulación infantil). La estrategia de afrontamiento más utilizada fue el uso de la religión. La estrategia menos reportada fue la de uso de sustancias. Contraria a la hipótesis del estudio, no se observó una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el estrés total.

Palabras clave: Estrés Parental, Estrategias de Afrontamiento, Hipotiroidismo Congénito.

ABSTRACT

This study assessed the possible relationship between the coping strategies and levels of stress reported by mothers of children diagnosed with congenital hypothyroidism. Subjects included ($N = 25$) mothers between the ages of 18 and 37. Eighty four percent of them reported being the primary caregiver of a child with this illness. Most of them also reported currently being on a stable relationship with a partner. Mothers were led to complete a battery of printed instruments (Parenting Stress Index and COPE). They signed an informed consent form prior to responding to the questions presented on the instruments. Mothers reported high levels of stress related to their children's misbehavior (difficult child scale). Religion was the most used coping strategy reported by mothers. Substance use was the least reported coping strategy. Contrary to the stated hypothesis, there was no significant relationship between reported stress and coping strategies.

Keyword: Parenting Stress, Coping Strategies, Congenital Hypothyroidism

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Ecuador, el Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal es encargado de detectar cuatro enfermedades (Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria y Galactosemia) a partir del cuarto día de nacimiento para prevenir la discapacidad intelectual y la muerte precoz. De estas cuatro enfermedades, el hipotiroidismo congénito neonatal (HC), objeto de esta investigación, es definido como el déficit de hormonas tiroideas como fue identificado por Rastogi & LaFranchi, (2010). De acuerdo a los mismos autores, esta enfermedad ocurre en aproximadamente 1/2.000-1/4.000 recién nacidos. Si la misma no se diagnostica a tiempo, causa discapacidad intelectual y problemas en el desarrollo.

Según Deater-Deckard (1998) es normal que los padres sientan un nivel de estrés. Sin embargo, el estrés parental puede causar que se desarrollen o mantengan los problemas conductuales en los niños (hiperactividad). Varios autores (Hastings, 2003; Olsson & Hwang, 2001; Ricci & Hodapp, 2003) han reportado que los padres de niños con retraso en el desarrollo sufren más estrés que padres de niños con un desarrollo normal. Según Bender, & Carlson (2013) un alto nivel de estrés en padres influye en su trato hacia sus hijos (inatención y agresión hacia ellos). El estrés parental surge

cuando los recursos percibidos por los padres para afrontar un problema discrepan con las demandas percibidas según el mismo problema (Abidin, 1989).

Por otro lado varias estrategias de afrontamiento (estrategia enfocada en la emoción, estrategias enfocada en el problema y otros estilos de afrontamiento) han sido utilizadas para manejar un evento estresante y regular las emociones que este evento pudiese provocar (Lazarus & Folkman, 1984). Adicionalmente, según Lazarus (2000) el utilizar estrategias de afrontamiento inadecuadas ante eventos estresantes puede afectar en factores emocionales, cognitivos y somáticos.

El Plan Nacional del Buen Vivir busca auspiciar la igualdad, la cohesión la inclusión y la equidad, social y territorial, en la diversidad y más específicamente generar mecanismos de apoyo y desarrollo de capacidades para familiares a cargo del cuidado de grupos de atención prioritaria (Plan Nacional del Buen Vivir, 2013). Tomando en cuenta este objetivo, es necesaria la investigación de la existencia de problemas en los ámbitos sociales.

1.1.1.1 DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

En el Ecuador, existen 117 casos positivos de hipotiroidismo congénito desde el año 2011 hasta el año 2013 (Proyecto Tamizaje Metabólico Neonatal, 2013). Según Neece & Baker (2008), las madres de niños con retraso cognitivo reportaron niveles de estrés mucho más elevados que las madres de niños con un desarrollo cognitivo normal. Ante factores estresantes, estrategias de afrontamiento inadecuadas en madres, han sido relacionadas con problemas somáticos, emocionales y cognitivos en las mismas (Lazarus, 2000). La habilidad para identificar situaciones de riesgo mediante la medición de estrés parental temprano en la infancia permitiría la intervención efectiva en la disfuncionalidad familiar (Abidin, 1990).

1.1.1.2 PRONÓSTICO

Los niños con hipotiroidismo congénito tratado a tiempo, pueden tener CI (Coeficiente Intelectual) normal, pero pueden cursar con algunas deficiencias específicas, cognitivas y conductuales (Zabranzsky, 2007). Autores como (Crnic, Gaze, & Hoffman, 2005) investigaron que el estrés parental está relacionado con apego inseguro en los niños, interacciones entre padres e hijos menos óptimas, negligencia y abuso infantil.

Tomando en cuenta dicha información, se estima que si el estrés parental no es manejado adecuadamente podrían estar involucrados con los factores antes mencionados por parte de sus madres. Adicionalmente, según Lazarus (2000), el uso inadecuado de estrategias de afrontamiento ante factores estresantes puede afectar de manera cognitiva, emocional y somática a las madres.

1.1.1.3 CONTROL PRONÓSTICO

El presente estudio dará pautas sobre estrés y estrategias de afrontamiento en madres con hijos diagnosticados con hipotiroidismo. Esta información podría dar pautas sobre la necesidad de implementar estrategias para el mejor afrontamiento de estrés en estas madres.

1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué nivel de estrés parental se percibe por parte de las madres ante el diagnóstico de hipotiroidismo congénito en un hijo y qué estrategias de afrontamiento utilizan?

1.1.3 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué nivel de estrés perciben las madres de niños con hipotiroidismo congénito?

¿Qué tipo de estrategias de afrontamiento utilizan las madres de niños con hipotiroidismo congénito?

¿Son adecuadas las estrategias de afrontamiento empleadas por las madres de niños con hipotiroidismo congénito?

1.1.4 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de estrés parental e investigar su relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres de niños con hipotiroidismo congénito ante las demandas del diagnóstico de sus hijos como principal estresor.

1.1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Examinar el nivel de estrés parental en madres de niños con hipotiroidismo congénito.

Jerarquizar la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres de niños con hipotiroidismo congénito.

Analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres para conocer si son adecuadas o no.

1.1.6 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación buscó determinar la existencia de estrés parental en madres de niños con hipotiroidismo congénito y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mismas. Adicionalmente se buscó indagar la relación entre estas dos variables para dar pautas sobre posibles intervenciones psicológicas que puedan implementarse a futuro.

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA

Investigaciones actuales (Dyken, Hodapp, & Finucane, 2000; Udwin & Dennis, 1990) indican que niños con desórdenes genéticos particulares son más propensos a tener conductas psicopatológicas y fortalezas o debilidades en el lenguaje, la cognición y a la adaptación en relación a otros niños con enfermedades genéticas. Por ejemplo, niños con síndrome de Down se presentan como niños sociables, positivos y con bajos índices de conductas desadaptadas en comparación a otros niños con desórdenes genéticos (Blacher & McIntyre, 2006; Dyken & Kasari, 1997; Griffith, Hastings, Nash, & Hill, 2010; Meyers & Pueschel, 1991).

Información más detallada sobre Bender et al. (2013) indica que ellos observaron la relación entre estrés parental, los factores de protección y los problemas de conducta de niños en edad pre escolar en riesgo. Se basaron en una muestra de 77 padres que en su mayoría fueron mamás (90%). El porcentaje restante se trataba de padres, abuelos y otros cuidadores adultos. La edad de referencia de los padres era entre 21 a 64 años. Los niños tenían una edad promedio de 50 meses. La muestra fue en su mayoría de padres de bajos recursos y la mayoría en estado civil casados. Aplicaron una forma corta del Índice de Estrés Parental (PSI-SF 3rd Ed.; Abidin, 1995). Encontraron que mientras existieron más factores de protección (iniciativa, auto-control, apego, etc.), el estrés parental se redujo. También observaron que mientras hubo más problemas de conducta, el estrés parental aumentó.

No obstante, Lutz et al. (2012) estudiaron sobre el apoyo social y las interacciones entre madres e hijos en familias de niños prematuros en nacimientos múltiples y únicos. La muestra final se basó en 153 madres e hijos prematuros de los cuales 27 fueron múltiples. Sin embargo, en nacimientos múltiples únicamente se

seleccionó un niño. Las madres de los niños tuvieron una edad promedio de 29,6 años. La mayoría de padres provenían de clase media y se encontraban casados. Las madres se identificaron como cuidadoras primarias de sus hijos. El instrumento utilizado para medir estrés parental fue el índice de Estrés Parental (Abidin, 1995), Escala del Centro de estudios epidemiológicos sobre depresión (CES.D; Raddloff, 1977), PDH (Crnic & Greenberg, 1990), y la Escala de Apoyo Maternal (Infant Parent Interaction Lab, 2009). Los resultados de la investigación indicaron que las madres de hijos múltiples prematuros percibieron más angustia que las madres de hijos prematuros únicos. No hubo diferencia en los niveles de estrés. Las madres de niños más prematuros presentaron niveles de estrés menos elevados que las madres de niños menos prematuros. En adición, las madres con síntomas depresivos altos presentaron más estrés que las madres con síntomas depresivos bajos.

Por otra parte, Respler-Herman et al. (2012) examinaron la relación entre estrés parental y el apoyo social a sus creencias y comportamientos. El estudio se realizó en una muestra de 87 padres de niños en edad pre-escolar y escolar. La población provenía de clase media alta. La mayoría eran padres biológicos y se encontraban entre los 30 y 39 años de edad. Si una familia tenía más de un hijo únicamente debían basarse en uno de ellos para responder el cuestionario. Los instrumentos aplicados fueron: el Índice de Estrés Parental en su forma corta (Abidin, 1995), Cuestionario sobre la importancia del comportamiento parental (Mowder, 2000) y la Escala multidimensional de apoyo social percibido (Zimet et al. 1988). Los resultados del estudio indicaron que un bajo índice de estrés estaba relacionado a creencias parentales positivas con respecto a la importancia de las conductas parentales. La disciplina no estuvo fuertemente correlacionada al estrés total percibido. Finalmente,

el apoyo social no influyó en la relación encontrada entre las creencias de los padres con respecto a las conductas parentales y el estrés parental.

En contraste, Gorzka (1999) investigó sobre cómo perciben los padres indigentes el estrés parental con respecto al dominio primario, dominio secundario y estrés en la vida. Utilizó una muestra de 47 padres indigentes, en su mayoría mujeres (N=30) con una edad promedio de 26,8 años. Los padres por otro lado, mantenían una edad promedio de 30,2 años. Las parejas se encontraban en su mayoría casados. El instrumento utilizado fue el Índice de estrés parental (Abidin, 1990). Tanto padres como madres encontraron el dominio secundario como la fuente que produjo más estrés. Los padres percibieron más estrés que las madres al tratarse de las características de los hijos. En resumen, no hubo una diferencia significativa en el total del estrés percibido entre madres y padres indigentes.

De modo similar, Theule et al. (2011) estudiaron los factores parentales y contextuales en relación al estrés en familias de niños con trastorno con déficit de atención con hiperactividad. La muestra se basó en 95 padres de niños entre los 8 y 12 años con y sin diagnóstico de ADHD. La mayoría eran mujeres y la edad promedio oscilaba entre 27 a 54 años de edad. La mayoría de participantes se encontraban casados o en relación de compromiso. Los instrumentos que se utilizaron fueron: Escala de Clasificación de Conners (1997), Escala de clasificación para adultos de Conners (Conners et al. 1999), Índice de Estrés Parental en su forma corta (Abidin, 1999) la Escala de Apoyo Familiar (Dunst et al. 1986) y la Escala de Inteligencia abreviada de Weschler (WASI) junto con la Escala de Inteligencia para niños (WISC-IV; Wechsler, 1999). Los resultados del estudio indicaron que los factores contextuales como el estado marital estuvieron asociados con el estrés parental. La actitud de oposición por parte de los hijos percibida por los padres estuvo relacionada

con la angustia parental. Síntomas específicos del ADHD ocasionaron más estrés en padres. Los factores contextuales referentes a recordar una cita médica o en la escuela, la administración de medicina, entre otros, también ocasionaron más estrés en los padres.

Adicionalmente al tema de estrés, Puente-Díaz et al. (2005), evaluaron las estrategias de afrontamiento y la parte cognitiva de los jugadores de tenis desde una perspectiva cultural. Utilizaron una muestra de 112 jugadores entre los que se encontraban 54 de México y 58 de Estados Unidos en su mayoría hombres. Los integrantes de la muestra tenían una edad promedio de 15.9 años. Se utilizó un cuestionario demográfico, el COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) en su versión adaptada, la Escala de Control (Terry, 1991). Los resultados indicaron que los jugadores mexicanos percibieron el hecho de recibir comentarios y gestos negativos de parte de otros y lesionarse durante un partido como fuentes más estresantes. Los jugadores americanos ubicaron al hecho de que el oponente haga trampa como el principal estresor. Los autores encontraron que la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento difieren según la cultura. Por ejemplo, el control percibido por los jugadores y la cultura a la que pertenecen se encontraron significativamente relacionadas.

Por otro lado, Silvers (2006) investigó sobre la transición a la universidad y las estrategias de afrontamiento así como el apoyo social percibido y la depresión en jóvenes durante este cambio. La muestra constó de 100 jóvenes en su mayoría mujeres y tenían máximo 18 años de edad. Fueron tomados en cuenta únicamente quienes fueron evaluados en las tres partes de la investigación. No existieron diferencias demográficas trascendentales. La autora utilizó como instrumento de medición la Escala de Comportamiento de Apoyo Social (Vaux et al. 1987), COPE (Carver et al.

1989), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Radloff, 1977) y la Encuesta de Experiencias de Vida (Sarason, Jonhson, Siegel, 1978). Los resultados indicaron que los estudiantes percibieron más apoyo social con el transcurso del semestre. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, el afrontamiento enfocado en el problema (utilizado cuando las personas sienten que pueden controlar o cambiar una situación estresante mediante toma de decisiones, solución de problemas y acciones directas) no cambió durante el tiempo mientras que el afrontamiento enfocado en la emoción (utilizada cuando las personas sienten que no pueden hacer algo con respecto al estresor, esta estrategia incluye acciones como negación, distanciamiento, evitación, minimización, búsqueda de apoyo social y comparaciones positivas, etc.) aumentó y la estrategia de evitación disminuyó. Finalmente los resultados con respecto a los síntomas depresivos indicaron que se mantuvieron sin cambios significativos durante el semestre.

En contraste, Somer et al. (2010) examinaron el rol de las estrategias de afrontamiento en personas civiles con esclerosis múltiple durante un ataque militar entre Israel y Hezbollah. Utilizaron una muestra de 156 pacientes en su mayoría mujeres. El estudio se realizó durante los cuatro meses que duró la guerra. Aplicaron una batería de tests entre los que se encontraban: Escala Ampliada del Estado de Discapacidad de Kurtzke, Escala Corta de Estrés Percibido y el Cuestionario Breve COPE el cual es una versión abreviada del COPE (Carver et al. 1989). Los resultados indicaron que mientras los pacientes percibían menos factores de estrés podían utilizar más estrategias de afrontamiento. Las mujeres utilizaron más estrategias de afrontamiento en relación a los hombres. Y finalmente se reportó una idéntica relación de género en la utilización de planificación como estrategia de afrontamiento.

De igual manera, Smith et al. (2007) realizaron un análisis comparativo entre dos grupos de madres de niños y adolescentes, ambos diagnosticados con autismo. El estudio fue realizado con una muestra final de 151 madres de niños y 201 madres de adolescentes, la mayoría casadas. Las madres de los adolescentes eran significativamente mayores que las madres de los niños. En las dos muestras la mayoría de las madres estaban graduadas de la Universidad y no diferían en términos de etnicidad. Los hijos de las madres fueron evaluados para confirmar el diagnóstico y en su mayoría eran hombres. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Radloff, 1977), Perfil de Estados de Humor (McNair et al. 1971), Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989). Y COPE (Carver et al. 1989). Los resultados obtenidos indicaron que según el reporte de ira, las madres de adolescentes presentaban niveles más altos con relación a las madres de los niños. Ambos grupos presentaron elevados síntomas de depresión. No hubo diferencias significativas en relación a las estrategias de afrontamiento entre los dos grupos. Las estrategias de afrontamiento enfocados en la emoción tenían relación con los niveles de depresión. No se encontró una interacción significativa entre estrategias de afrontamiento y síntomas autistas demostrando que mientras más sean las estrategias de afrontamiento en el problema y menos las estrategias de afrontamiento en la emoción más bienestar psicológico tendrá la madre.

Por otro lado, Varescon et al. (2011) evaluaron las estrategias de afrontamiento utilizadas por mujeres fumadoras embarazadas cuando buscan ayuda para dejar de fumar. La muestra se basó en 80 mujeres mayores de 18 años de las cuales 40 eran fumadoras en proceso de dejar de hacerlo y 40 no fumadoras. Ninguna de ellas tenía riesgos en su embarazo. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de Tolerancia de Fagerstrom (1978). Cuestionario Breve COPE (Carver, 1977) el cual es

una forma abreviada del COPE (Carver et al. 1989). La Escala de Estrés Percibido (PSS-14) y la Escala del Hospital de Depresión y Ansiedad. Los resultados demostraron que el estrés percibido fue más alto en mujeres fumadoras. Así también, este grupo demostró tener menos estrategias de afrontamiento que las mujeres embarazadas no fumadoras. Y por último en ambos grupos la estrategia de afrontamiento más utilizada fue el afrontamiento enfocado en la emoción (incluye acciones como negación, distanciamiento, evitación, minimización, búsqueda de apoyo social y comparaciones positivas, etc.).

Así mismo, Wang, et al. (2010) investigaron las estrategias de afrontamiento de familias procedentes de China de niños con autismo y otras discapacidades del desarrollo. Utilizaron un estudio descriptivo con diseño transversal no exploratorio. La muestra se basó en 368 participantes en su mayoría mujeres (59,2%). Y la edad de los participantes oscilaba entre 30 a 40 años. Utilizaron una batería de tests entre los que se encontraban: Encuesta de Necesidades Familiares (Bailey y Simeonsson, 1988), Escala de Apoyo Familiar (Dunst et al. 1988), Cuestionario de Recursos y Estrés (Friedrich et al. 1983) y una versión adaptada del Inventario COPE (Carver et al. 1989). Los instrumentos fueron aplicados en una muestra no probabilística con participantes voluntarios y anónimos. Los resultados indicaron que en el área de pesimismo los padres de niños con discapacidad percibieron más estrés. Así también, la aceptación es la estrategia de afrontamiento más utilizada por la muestra. Las madres percibieron más los problemas familiares relacionados al trastorno de sus hijos que los padres. En cuanto a las diferencias según el problema de los niños, los padres de niños autistas percibieron más estrés que los padres de niños con discapacidad intelectual. Los autores sugieren programas de entrenamiento para padres como estrategia de ayuda en base a los resultados del estudio.

Finalmente, Zafar et al. (2012) relacionaron la angustia psicológica y las estrategias de afrontamiento de estudiantes de Universidad ante el fallecimiento de uno de sus progenitores según el género. La muestra fue determinada por 160 divididos en 80 hombres y 80 mujeres cuyos padres murieron en el lapso de los últimos 10 meses. La edad de los participantes oscilaba entre los 18 y 27 años. En su mayoría se trataba del padre quien falleció tanto en mujeres como en hombres. La muestra constaba de personas solteras sin alguna enfermedad psicológica previa. Las herramientas de evaluación fueron: Inventario de Angustia Emocional (Moscoso et al. 2000) y el Cuestionario Breve COPE (Carver et al. 1989). Los autores indicaron que no existe diferencia en la angustia percibida de acuerdo al género. En el uso de estrategias de afrontamiento existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres. No hay relación entre el tiempo transcurrido de fallecimiento de los padres y la utilización de estrategias de afrontamiento.

1.2.2 ADOPCIÓN DE UNA PERSPECTIVA TEÓRICA

La presente investigación se realizó en base a un enfoque cognitivo conductual, mismo que según Labrador (2010) considera importantes tres tipos de conductas: cognitiva, fisiológica y motora. El enfoque en mención surge por la necesidad de explicar el comportamiento de las personas, de la misma manera propone que las conductas se adquieren por medio de procesos de aprendizaje que pueden ser reaprendidos. Entre los principales precursores y exponentes del enfoque conductual se puede encontrar a Pavlov (1905) quien posicionó al condicionamiento clásico como una teoría importante en el ámbito cognitivo conductual, la misma proponía que ante un estímulo (incondicionado) la persona puede presentar una respuesta fisiológica y se puede construir una respuesta (condicionada) ante el estímulo neutro. Posteriormente, Watson (1920) utilizó el condicionamiento clásico propuesto por Pavlov para inducir

una fobia. Ante este particular, Mary Cover Jones realizó el primer tratamiento para la fobia. Skinner, utilizó el condicionamiento operante en el año 1953 para demostrar que la conducta puede ser modificable y controlada. El enfoque se expandió con auge en los años 70 y 80 y surgieron nuevas propuestas como el condicionamiento vicario de Bandura o el condicionamiento encubierto de Cautela, así también Ellis (1962) y Beck (1976) añadieron el componente cognitivo al enfoque con aportes importantes como los pensamientos automáticos, estructuras cognitivas y creencias. Otros autores como Lazarus y Folkman (1984) propusieron el modelo de estímulo – evaluación – emoción y surgen teorías importantes como la teoría de evaluación cognoscitiva.

1.2.2.1 TEORÍA DE EVALUACIÓN COGNOSCITIVA

La teoría de evaluación cognoscitiva del modelo cognitivo conductual establece que existe una interacción entre los factores ambientales, la persona y la manera en la que ésta responde a dichos factores. Esta teoría, cuyo precursor fue Richard Lazarus en el año 1984 establece el concepto de evaluación para referir que las personas realizan evaluaciones específicas de lo desafiante, amenazante, de una situación y no tan solo evaluaciones de lo bueno/malo.

“La relación de la persona con su entorno se ve mediatizada por un proceso cognoscitivo de valoración de las demandas del entorno, y de los recursos internos necesarios para enfrentar esas demandas, que conduce necesariamente a la definición de la forma de enfrentar esa demanda (Lazarus, 1986).”

El autor propone que cada emoción implica un tipo de evaluación. Este tipo de evaluaciones más específicas producen emociones igualmente específicas. El esquema se basa en la secuencia Estímulo-Evaluación-Emoción, indicando además que cada emoción se caracteriza por disponer de su propio tipo de evaluación, su tendencia a la acción y expresión (Cándido & García, 2011).

1.2.2.2 MODELO TRANSACCIONAL DEL ESTRÉS Y EL AFRONTAMIENTO

Lazarus (1966) realizó un análisis conceptual sobre estrés y afrontamiento. En base a la teoría de evaluación cognoscitiva se estableció el modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984), el mismo se enfoca en la interacción dinámica entre la persona y el ambiente, explica el proceso mental que tiene influencia sobre los factores de estrés. El modelo explica que el estrés es un proceso de doble vía, en el sentido que existen factores de estrés provenientes del ambiente y por otro lado, la respuesta por parte de una persona a éstos factores. El modelo transaccional del estrés propone que existe un proceso mediante el cual la persona evalúa las demandas producidas por el ambiente (Evaluación primaria) y decide el tipo de respuesta que emitirá ante tal demanda en base a sus recursos, los cuales pueden ser habilidades, conocimientos o destrezas (Evaluación secundaria) seguida de una etapa de afrontamiento (Florian et. al, 1995).

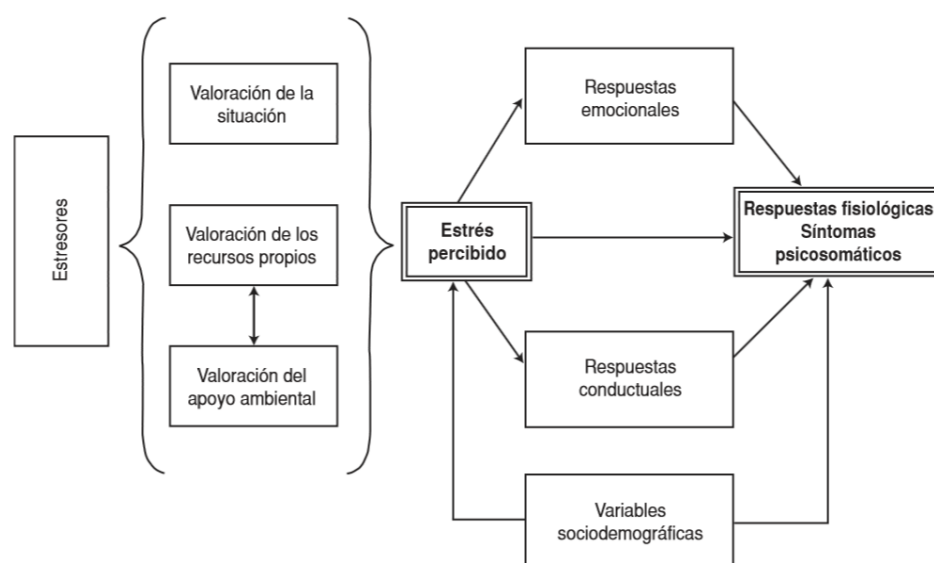
La evaluación secundaria puede ser positiva o negativa. Si los recursos exceden las demandas ambientales, la persona tiende a interpretar la experiencia como un reto. Si por otro lado, la demanda excede a los recursos, la misma podrá ser interpretada como una amenaza (Lazarus, 1999). Por otro lado, ciertos autores indicaron que la evaluación primaria y la evaluación secundaria están relacionadas a la manera en que las personas intentan afrontar las demandas estresantes, éstas dos evaluaciones iniciales están relacionadas entre ellas ya que la demanda no puede ser medida de forma independiente (Cash et. al, 2011).

La presente investigación utiliza como base teórica lo propuesto por Lazarus y Folkman y establece la necesidad de ahondar en términos esenciales que involucran

las variables estudiadas. Por un lado la palabra estrés proviene del inglés *stress* que significa tensión, en los años 1960 y 1970, el estrés fue considerado como un fenómeno transaccional que dependía de los significados que se otorgaban al estímulo o “estresor” por parte de una persona (Lazarus & Cohen, 1977). Los mismos autores definen a un estresor como demandas internas o externas que afectan al bienestar físico o psicológico de una persona. Una persona se encuentra bajo la influencia de un estresor o en una situación estresante cuando debe enfrentar eventos que demandan actitudes o acciones que le cuesten llevar a cabo y que a su vez son escasos para la persona según su propia percepción (Lazarus & Folkman, 1986).

En la actualidad, el estrés es considerado como un conjunto de respuestas por parte del organismo, que pueden ser fisiológicas, conductuales, cognitivas, emocionales, o una combinación de éstas (Rout & Rout, 2002). El estrés se produce cuando la demanda existente (situación estresante o estresor) excede los recursos y capacidades propias según la valoración o interpretación de la persona, poniendo en peligro su bienestar.

Gráfico 1. Modelo explicativo de estrés y de los síntomas psicosomáticos



Fuente: Ramírez & Hernández, 2008. Confirmación de un modelo explicativo de estrés y de síntomas psicosomáticos

Según (Dohrenwend, 1973), el estrés puede tener dos alternativas de respuestas tangibles: puede ser un causante de desorden físico y emocional, asociándose a enfermedad, incapacidad o malestares psicológicos, o a su vez puede actuar como estimulante al desarrollo y al crecimiento personal. Por lo tanto, el estrés no debe ser visto como algo netamente negativo para la persona sino que también puede servir como motor para realizar ciertas acciones.

Por otro lado, el afrontamiento es un proceso cognitivo y conductual constantemente cambiante desarrollado por una persona para enfrentar las demandas internas, una vez que las mismas hayan sido evaluadas por los individuos y ellos perciban a las mismas como amenazantes o desafiantes (Lazarus y Folkman, 1986). En base al afrontamiento el individuo genera estilos y estrategias para hacer frente a una situación. El afrontamiento es un fenómeno dinámico muy importante para la buena calidad de vida de un individuo ya que puede generar bienestar emocional, estatus funcional y comportamientos saludables (Veloza et. al, 2007. Por otra parte, Lazarus (1986) indicó que el afrontamiento es el tercer paso dentro del proceso de respuesta ante el estrés. (Evaluación primaria, evaluación secundaria, afrontamiento). Lazarus & Folkman (1980) desarrollaron un instrumento de medición de las estrategias de afrontamiento ante el estrés. Este instrumento fue revisado en el año 1985. Ellos las dividen en dos formas de afrontamiento: Estrategias enfocadas en el problema y Estrategias enfocadas en la emoción (Lazarus & Folkman, 1985) las mismas serán descritas en el marco conceptual de esta investigación.

La base teórica del afrontamiento estudiada por Lazarus y Folkman (1984) concibe a las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas sin una calificación adaptativa o desadaptativa. Sin embargo, en los años posteriores autores como (Coyne & Racioppo, 2000; Stanton, Parsa & Austenfeld, 2005) defendieron la

postura de que el afrontamiento centrado en el problema era más funcional que el afrontamiento centrado en la emoción. Ellos asociaron este último afrontamiento con síntomas depresivos, insatisfacción y ansiedad. Los autores en mención llegaron a realizar afirmaciones sobre la fuerte relación entre afrontamiento centrado en la emoción y malestar emocional.

De todos modos, autores como (Wortman & Lehman, 1985) reportaron que ciertas estrategias son mejores para unas personas que para otras dependiendo de la situación a la que se enfrentan. Por lo tanto, no existen estrategias mejores o peores que otras sino que son más eficaces dependiendo de la situación. Sin embargo, Carver (1989) indicó que existen estrategias de afrontamiento disfuncionales, las mismas son: desconexión comportamental, desconexión mental y enfoque y expresión emocional. Otros autores (Wortman & Lehman, 1985) proponen que las estrategias de afrontamiento utilizadas ante cualquier estresor presentado no son inadecuadas pero pudiesen volverse disfuncionales si se mantienen por largos períodos de tiempo y deben usarse otras estrategias de afrontamiento.

1.2.3 MARCO CONCEPTUAL

1.2.3.1 TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL

Se define al Tamizaje Metabólico Neonatal como una acción de medicina preventiva destinada a identificar errores congénitos en el recién nacido a través de una muestra de sangre seca en papel filtro (Torres-Sepúlveda et. Al, 2008) con el objetivo de detectar trastornos graves tempranamente y evitar sus consecuencias. Según la misma autora, en el año 1960 se inició con el tamiz del recién nacido en los Estados Unidos para detectar un error congénito del metabolismo conocido como fenilcetonuria. Posteriormente se incluyó nuevas técnicas para detectar otras enfermedades como: hiperplasia suprarrenal congénita, orina con olor a jarabe de arce,

galactosemia, hipotiroidismo congénito, entre otras. El número de patologías detectadas por el tamizaje depende de la frecuencia de las mismas en cada país.

En el Ecuador, el Tamizaje Metabólico Neonatal inició en el año 2011 como un Proyecto de Inversión con ejecución interinstitucional entre Ministerio de Salud Pública y la Vicepresidencia de la República. El objetivo del Tamizaje Neonatal es prevenir la discapacidad intelectual y la muerte precoz en los recién nacidos mediante la detección temprana de cuatro enfermedades: Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria y Galactosemia. (Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal, 2014)

1.2.3.2 HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

Se define al Hipotiroidismo Congénito como el déficit de hormonas tiroideas presente desde el nacimiento, ocurre en aproximadamente 1/2.000-1/4.000 recién nacidos. (Rastogi, 2010). Según el mismo autor, los síntomas que se presentan en niños con esta enfermedad pueden desarrollarse en unos meses posteriores al nacimiento. Los signos clínicos más comunes son: ictericia prolongada, fontanelas amplias, macroglosia, hipotonía, entre otros. Entre los 4 y los 6 meses de edad se evidencia un retraso en el crecimiento y en el desarrollo (LaFranchi, 2011). En el Ecuador, la frecuencia de la enfermedad es de 1 cada 3631 recién nacidos (Laboratorio TMN, 2014). Si el hipotiroidismo congénito no es detectado a tiempo produce graves secuelas neurológicas, sensoriales y del desarrollo (Agulló, 2007).

1.2.3.3 ESTRÉS PARENTAL

El término “estrés parental” fue introducido por primera vez por Burke y Abidin (1980). Posteriormente, Abidin (1990), explora más al respecto y define el estrés parental como una reacción psicológica que envuelve las características del temperamento de los hijos con las características del temperamento de los padres y las

variables situacionales familiares relacionadas a la paternidad. El mismo autor en 1995 indica que el estrés parental surge cuando existe una discrepancia entre las demandas percibidas por los padres y los recursos disponibles para afrontar dichas demandas.

Por otra parte, otros autores definen al estrés parental como la reacción psicológica a las demandas que implican ser padre y a las percepciones realizadas por los padres según el contexto y a la percepción de rol parental (Bender, & Carlson, 2013). Así también, (Shaw, Winslow, Owens, & Hood, 1998) indicaron que no únicamente los problemas de conductas de los niños predicen el estrés parental sino que el estrés parental puede predecir los problemas conductuales de los niños.

Según Abidin (1995), la identificación temprana de sistemas de interacción entre padres e hijos disfuncionales y los esfuerzos dirigidos para reducir el estrés parental tienen el potencial de reducir la frecuencia y la intensidad de trastornos conductuales y emocionales en los niños. El estrés parental reportado por los padres dentro de los primeros tres años de vida de los niños influye directamente en el desarrollo de las emociones y las conductas de sus hijos, así como en la interacción entre padres e hijos.

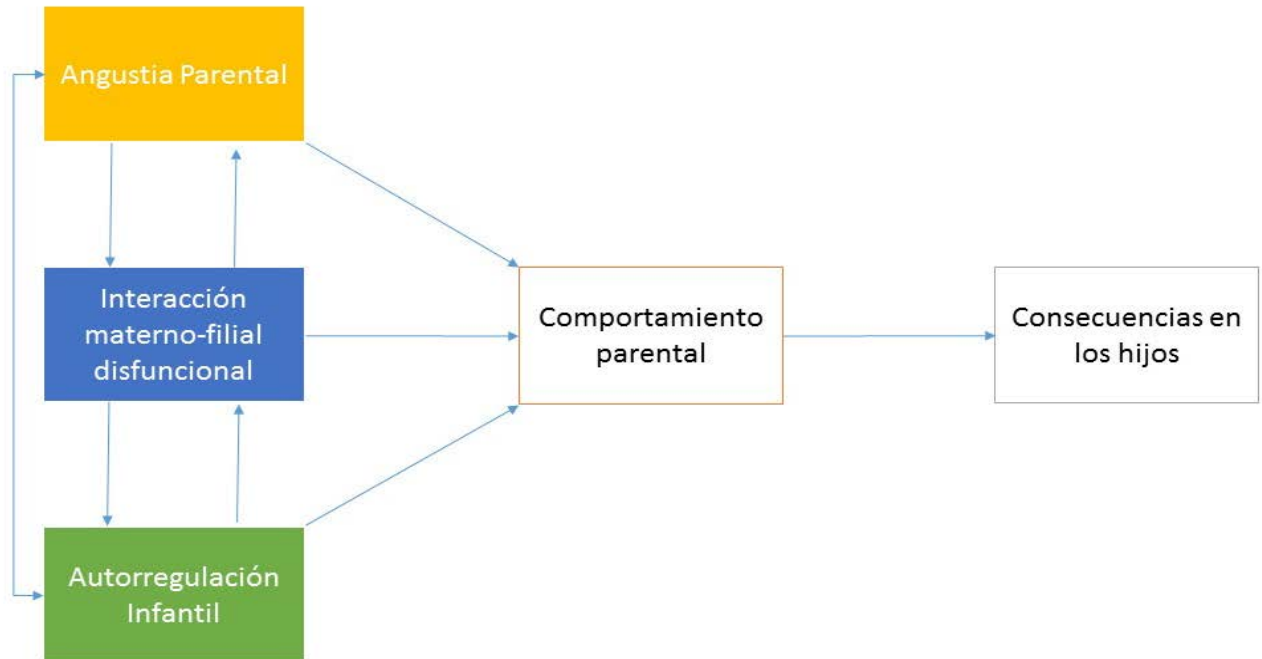
Gráfico 2. Modelo Teórico del Modelo de Estrés Parental

Gráfico 2. Modelo Teórico del Modelo de Estrés Parental. (Abidin, 1995)

De esta manera, dentro de los sistemas de interacción entre padres e hijos se tomaron en cuenta diferentes factores: El comportamiento de los padres (Angustia Parental), el comportamiento de los hijos (Autorregulación Infantil), contexto familiar (Interacción materno-filial disfuncional) y eventos estresantes de la vida. (Abidin et al., 1990). El instrumento de medición de estrés desarrollado por el mismo autor y detallado posteriormente en este trabajo de investigación, se basó en la necesidad de medir los factores antes mencionados. Para Abidin (1995) el estrés parental es el resultado de la interacción de los tres aspectos antes descritos (Angustia Parental, Interacción Disfuncional Materno-Filial y Autorregulación Infantil). Se debe aclarar que el estrés que puede ser reportado por los padres únicamente se refiere al estrés ante el rol de paternidad más no ante otras situaciones de la vida diaria.

1.2.2.3.1 LA ANGUSTIA PARENTAL

La angustia parental (Parental Distress en Inglés) corresponde a la percepción del adulto ante su rol como padre o madre en función a los conceptos personales que están estrechamente relacionados con la paternidad/maternidad (Bendell et al., 1986). Así, la angustia parental está relacionada a dicho rol como por ejemplo: estresores en relación a las restricciones en otro rol debido a la paternidad, el sentido de competencia ante la paternidad, conflictos con el otro progenitor del hijo, presencia de depresión y escasez de apoyo social (Abidin, 1995).

1.2.2.3.2 INTERACCIÓN DISFUNCIONAL MATERNO-FILIAL

Según Abidin (1995), la interacción materno filial (Parent-Child Dysfunctional Interaction en Inglés) se refiere a la percepción por parte del padre o la madre en relación a las expectativas que tiene su hijo sobre ellos mismos como padres. Esta percepción es en base al refuerzo recibido por parte de los padres en la interacción diaria con sus hijos y la percepción de los padres hacia su hijo como un elemento negativo en sus vidas.

1.2.2.3.3 LA AUTORREGULACIÓN INFANTIL

Se define a la autorregulación infantil como el conjunto de características comportamentales de los hijos que los hacen fáciles o difíciles de ser manejados por sus padres (Abidin, 1995). De esta manera, el temperamento del hijo, los patrones de comportamientos desafiantes hacia sus padres y el incumplimiento de normas por parte de los niños, son aspectos fundamentales que influyen en la autorregulación infantil (Breen, & Barkley, 1988; Goldberg et al., 1990; Johnson et al., 1984; & Webster-Stratton, 1988).

1.2.3.4 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Lazarus & Folkman (1986) definen a las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian constantemente para manejar las demandas de un evento estresante interno o externo y que exceden los recursos de la persona para hacerlo. Las estrategias de afrontamiento son utilizadas para manejar un evento estresante y regular las emociones que este evento pueden provocar (Lazarus & Folkman, 1984).

Más adelante, Carver (1989), propuso redefinir las estrategias de afrontamiento a más de las dos formas propuestas por Lazarus y Folkman anteriormente. En el mismo año desarrolló el instrumento COPE para medir las estrategias de afrontamiento ante el estrés. Otra definición indica que el afrontamiento es un proceso, con diferentes etapas, en respuesta a un evento estresante que inicia en el desenlace de tal evento (Anshel, 2001). Las estrategias de afrontamiento son utilizadas para manejar un evento estresante y regular las emociones que este evento puede provocar (Lazarus & Folkman, 1984). Las estrategias se dividen según su función en: estrategias enfocadas en la emoción, estrategias enfocadas en el problema y otros estilos de afrontamiento (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

1.2.3.4.1 ESTRATEGIAS ENFOCADAS EN EL PROBLEMA

Carver, Scheier, & Weintraub (1989) indican que la estrategia enfocada en el problema es utilizada cuando las personas sienten que pueden controlar o cambiar una situación estresante mediante toma de decisiones, solución de problemas y acciones directas. Este conjunto de estrategias incluye: Afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades que competen, moderación o control y búsqueda de apoyo social por razones instrumentales.

Según Carver (1989), el afrontamiento activo se refiere a la estrategia que incluye acciones directas en torno a remover o aminorar el efecto del estresor. La planificación es la acción directa de pensar mecanismos para afrontar al estresor. Es decir, pensar qué estrategias utilizar, qué pasos dar y qué acciones tomar para manejar el problema. En cuanto a la estrategia de supresión de actividades que competen, se refiere a la acción de impedir que nuevos eventos interfieran con el actual para poder afrontar el problema. De la misma manera, se describe a la estrategia de postergación como las acciones emprendidas en torno a esperar la oportunidad apropiada para manejar el estresor sin actuar apresuradamente. Dicha estrategias es considerada pasiva ya que implica una “no acción” y así mismo, es una estrategia activa ya que implica un afrontamiento efectivo ante el problema. Finalmente, la búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, se refiere a la búsqueda de consejos, información o asistencia en base a un problema en específico.

1.2.3.4.2 ESTRATEGIAS ENFOCADAS EN LA EMOCIÓN

Las estrategias enfocadas en la emoción son utilizadas cuando las personas sienten que no pueden hacer algo con respecto al estresor. Esta estrategia incluye acciones como: Búsqueda de apoyo social por razones emocionales, humor, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación y afrontamiento religioso.

Carver (1989) define a la búsqueda de apoyo social por razones emocionales como la estrategia en la cual se busca entendimiento, apoyo moral o empatía de otros para afrontar un problema en específico. Tanto la estrategia de búsqueda de apoyo social por razones instrumentales como por razones emocionales pueden ser utilizadas paralelamente por un individuo (Aldwin, & Revenson, 1987). Según Carver (1989) la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento se refiere al manejo de las

emociones causada por el estrés en lugar de enfrentarse al estresor per se. Por otro lado, según el mismo autor, la negación suele presentarse ante la primera evaluación de un problema. La definición de la estrategia en mención sugiere que la persona se rehúsa a creer en la existencia del estresor. De manera opuesta a la negación, se encuentra la estrategia de aceptación. La cual refiere al asentimiento de la existencia del problema (Carver, 1989). Por último, el afrontamiento religioso responde a la tendencia a recurrir a la religión ante una situación de estrés. Esta estrategia de afrontamiento puede ser muy importante para muchas personas (McCrae, & Costa, 1986). El afrontamiento religioso es adecuado por ejemplo en situaciones de duelo, siempre y cuando dure el tiempo necesario y luego se acuda a otra estrategia de afrontamiento, si el individuo mantiene el afrontamiento religioso por largos periodos puede implicar que se ajuste a los mismos y no utilice nuevas estrategias para afrontar el estrés, lo cual es disfuncional (Felton, Revenson, & Hinrichsen, 1984).

1.2.3.4.3 OTROS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Según Cronkite & Mops (1984), otros estilos de afrontamiento son utilizados por las personas ante la presencia de un estresor y pueden ser disfuncionales. Las estrategias de enfoque y expresión emocional, desconexión mental, desconexión comportamental y abuso de sustancias se encuentran dentro de este grupo. En primer lugar, la estrategia de enfoque y expresión emocional se refiere a la identificación de los sentimientos que se experimenta ante un estresor y a la acción posterior de ventilarlos (Scheff, 1979). Esta estrategia es considerada disfuncional cuando ocasiona que la persona se enfoque prolongadamente en sus sentimientos y no ejerza estrategias de afrontamiento directos ante el estresor. Por otro lado, la estrategia de desconexión comportamental, refiere a reducir los esfuerzos para hacer frente a un estresor e incluso renunciar a los objetivos con los cuales dicho estresor interfiere. Y finalmente,

la estrategia de desconexión mental es una variación de la estrategia de desconexión comportamental, incluye actividades para impedir pensar en el problema. Por ejemplo, ver televisión, soñar despierto, entre otras similares. La última estrategia de esta clasificación es uso de sustancias, la cual refiere el consumo de drogas o alcohol para dejar de pensar en el problema o realizar una acción en contra del mismo.

1.2.4 HIPÓTESIS

Las madres de niños con hipotiroidismo congénito utilizan estrategias enfocadas en la emoción para afrontar el elevado nivel de estrés que reportan.

1.2.5 IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE VARIABLES

1.2.5.1 ESTRÉS PARENTAL

Abidin (1990), define el estrés parental como una reacción psicológica que envuelve las características del temperamento de los hijos con las características del temperamento de los padres y las variables situacionales familiares relacionadas a la paternidad. El estrés parental es considerado como la variable independiente.

1.2.5.2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Los mismos autores (Lazarus & Folkman, 1986) definen a las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian constantemente para manejar las demandas de un evento estresante interno o externo que exceden los recursos de la persona para hacerlo. Las estrategias de afrontamiento son consideradas como la variable dependiente.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 NIVEL DE ESTUDIO

Según el tipo de investigación se determinó un nivel de estudio Exploratorio-Correlacional. Se buscó esclarecer el nivel de estrés en madres ante el diagnóstico de hipotiroidismo congénito en sus hijos y la relación con las estrategias de afrontamiento empleadas ante tal situación y su eficacia.

2.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tuvo una modalidad de correlacional de campo, el día 24 de mayo del 2014 se aplicó una batería de tests de manera presencial en la ciudad de Guayaquil a las madres residentes en la provincia de Guayas y El Oro. De la misma manera, se llamó a las madres residentes en Quito para aplicar los tests en una fecha específica en cada uno de sus domicilios, el día de aplicación tuvo variación de acuerdo a la disponibilidad de las madres. A las madres residentes en otras provincias (Santo Domingo, Napo, Orellana, Bolívar, Cotopaxi) se las contactó personalmente el día que acudieron a la cita médica de sus hijos en el Hospital Eugenio Espejo.

2.3 MÉTODO

Para realizar la presente investigación se solicitó autorización al Coordinador Nacional del Proyecto de Tamizaje Neonatal para acceder a la base de datos de las madres de niños con hipotiroidismo congénito (Ver anexo C).

Se aplicó una batería de tests de manera presencial a las madres de niños con hipotiroidismo congénito. La batería incluía un formulario de consentimiento informado, un formulario de información demográfica, el test PSI y el test COPE (Ver Anexo E, F, G y H). La administración se realizó de manera individual en la ciudad de Guayaquil y en la ciudad de Quito. Las madres debían autorizar su participación en la investigación mediante la firma del consentimiento informado el cual garantiza la participación voluntaria de las madres y su mayoría de edad para desarrollar los tests (Ver Anexo E) y responder a las preguntas del formulario de información demográfica el cual incluyó una escala de estrés (Homes, & Rahe, 1967) la cual contiene una lista de situaciones que podrían generar estrés e intervenir en el desarrollo de los tests. Posteriormente desarrollaron cada uno de los tests (Ver anexo G y H). Una vez que la información fue recolectada se creó plantillas de calificación para cada uno de los tests. Una vez calificados, se subió la información al programa PASW 17 para el análisis estadístico descriptivo, de frecuencia y correlación.

2.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se contó con una población de ($N = 114$) madres de niños con hipotiroidismo congénito como conjunto universo, las mismas pertenecen al Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal y se encuentran en todas las provincias del país. Sin embargo, las madres que conformaron la muestra de esta investigación residían en las capitales de las provincias de Guayas, Pichincha, El Oro, Santo Domingo de los Tsáchilas, Napo,

Orellana, Bolívar y Cotopaxi. De las cuales se determinó una muestra no probabilística por conveniencia de 25 madres para la aplicación de los instrumentos de estudio. La muestra no probabilística por conveniencia es denominada de juicio prudencial y establece que la muestra es representativa de una determinada población (Vallejo, 2012). De esta manera, el estudio se basó en una muestra de 25 madres ya que según Lenth (2001) de esta manera se tuvo la muestra necesaria para alcanzar el 90% de confiabilidad en la investigación.

La muestra final estuvo constituida por 25 madres con 1 hijo o hija detectado con hipotiroidismo congénito que participaron voluntariamente (Ver Tabla 1). El rango de edad de las mismas fue desde los 18 hasta los 37 años (28%= 18-22 años, 28%= 23-27, 20%= 28-32 y 24%= 33-37 años, ver gráfico 3). El estado civil de las madres en su mayoría fue unión libre (48%= unión libre, 36%= casadas y 16%=solteras, ver gráfico 4). Las madres en su mayoría culminaron la secundaria (20%= culminó la primaria 67% culminó la secundaria y 16%= culminó estudios universitarios, ver gráfico 5). Por otro lado, la ocupación predominante fue Ama de Casa (72%=Ama de Casa y 18%=Otras Ocupaciones, ver gráfico 6).

El 84% de las madres eran cuidadoras primarias de su hijo (a) detectado con hipotiroidismo congénito (Ver gráfico 7). El ingreso económico mensual familiar radicaba en un promedio de 300 dólares (20%=Menos de \$100, 48%=\$101-\$300, 24%=\$301-\$500 y 8%= Más de \$500, ver gráfico 8). Y finalmente 11 madres tenían un solo hijo (44%), 6 madres tenían 2 hijos (24%), uno de ellos con hipotiroidismo congénito, 6 madres tenían 3 hijos (24%), y 2 madres tenían más de tres hijos (8%), de los cuales uno estaba diagnosticado con la enfermedad (Ver gráfico 9).

Tabla 1 Frecuencias y porcentajes: Muestra

Muestra	Frecuencia	Porcentaje
Rangos de Edad		
18-22	7	28%
23-27	7	28%
28-32	5	20%
33-37	6	24%
Estado Civil		
Casada	9	36%
Soltera	4	16%
Unión Libre	12	48%
Divorciada	0	0%
Estudios Culminados		
Primaria	5	20%
Secundaria	16	64%
Superior	4	16%
Número de Hijos		
1	11	44%
2	6	24%
3	6	24%
Más de 3	2	8%
Ocupación		
Ama de Casa	18	72%
Otra	7	28%
Ingreso Económico Mensual		
Menos de \$100	5	20%
Entre \$101 y \$300	12	48%
Entre \$301 y \$500	6	24%
Más de \$500	2	8%
Cuidadora Primaria		
Sí	21	84%
No	4	16%

N=25

Información demográfica proporcionada por madres de niños con hipotiroidismo congénito.
Muestra no probabilística por conveniencia.

2.5 SELECCIÓN INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

2.5.1 FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

El formulario se desarrolló para ahondar en la información demográfica de la muestra. Contiene información sobre edad de la madre, estado civil, nivel de estudios, ocupación, número de hijos, número de hijos con Hipotiroidismo Congénito, Ingreso económico mensual familiar y determinar si es o no la cuidadora primaria del hijo con

hipotiroidismo congénito. El formulario de Información Demográfica incluye una parte de la Escala de Estrés Homes y Rahe (1967) (Ver Anexo F).

2.5.2 ESCALA DE ESTRÉS HOMES Y RAHE (1967)

Entre los instrumentos de investigación se adaptó la Escala de Estrés psicosocial de Homes y Rahe (1967) para descartar la influencia de otros factores situacionales que pudiesen estar relacionados con el estrés parental. La escala fue desarrollada en el año 1967 por los mismos autores para medir el nivel de estrés. La misma consiste en una lista de 43 eventos vitales que pueden ocasionar estrés y han acontecido en los últimos 12 meses (Homes, & Rahe, 1967). En la presente investigación se utilizó los 10 eventos que pueden producir más estrés: Muerte del cónyuge, divorcio, separación matrimonial, encarcelación, muerte de un familiar cercano, lesión o enfermedad personal, matrimonio, despido del trabajo, desempleo y reconciliación matrimonial. El Índice de Estrés Parental (Abidin, 1995) incluye una escala con los mismos eventos. De esta manera se descartó la existencia de otros factores que pudiesen causar estrés en las madres.

2.5.3 INVENTARIO DE ESTRÉS PARENTAL – SHORT FORM

El Inventario de Estrés Parental (IEP) es una herramienta que facilita información de las características de la madre y el hijo que puedan ser generadoras de estrés. El instrumento fue construido en base a un enfoque sistémico (Parental Stress Index, Abidin, 1989). Éste es un instrumento que mide el grado de estrés que ejerce la crianza, ofreciendo información de las características de la madre y el hijo según la percepción de la madre hacia el niño y hacia sí misma. El inventario completo consta de tres dimensiones: del niño, de los padres y estresores vitales. Siendo un total de 101 reactivos, según la versión final (Abidin, 1992).

El Inventario de Estrés Parental – short form fue desarrollado por Abidin (1990) y se trata de una derivación directa del Inventario de Estrés Parental desarrollado en 1989. Incluye tres escalas de medición: Angustia Parental, Interacción Disfuncional Paterno-filial y Autorregulación Infantil. Experiencia clínica y otros estudios sobre esta variable demuestran la validez del instrumento y la correlación entre las escalas de medición (Abidin, 1995). La versión en español del instrumento y su validez psicométrica en población de habla hispana fue realizada por Solis & Abidin (2010).

El índice de estrés parental incluye ítems para medir la defensividad ante el instrumento por parte de quien lo desarrolla derivada de otro instrumento similar desarrollado por varios autores (Castaldi, 1988; Lafiosca, & Loyd, 1986). La escala busca medir la intención del aplicante para dar una imagen favorable de si mismo. Y minimizar posibles indicadores de estrés parental. Dicha escala no es medible para la escala de estrés total del presente instrumento (Abidin, 1995).

2.5.4 COPE (Carver, 1989)

El COPE es un inventario multidimensional desarrollado para evaluar las diferentes estrategias de afrontamiento ante el estrés. Su construcción fue en base a una teoría cognitivo conductual (Rodríguez, 2012). Este instrumento fue desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) la versión original fue construida siguiendo el modelo teórico de Lazarus. Este instrumento consta de 60 ítems que deben ser respondidos en base a una escala Likert: 1= Habitualmente no hago esto en absoluto, 2= Habitualmente hago esto un poco, 3= Habitualmente hago esto bastante y 4= Habitualmente hago esto mucho. Estos ítems corresponden a 14 subescalas de afrontamiento que pertenecen a 14 escalas determinadas por los autores: Reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación, humor, uso de apoyo

social emocional, afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, uso de apoyo social instrumental y afrontamiento religioso, desconexión mental, desconexión conductual, enfoque y expresión emocional y uso de sustancias.

2.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

El Índice de Estrés Parental ha sido validado en numerosos estudios incluyendo poblaciones normales, con diagnóstico clínico y estudios con poblaciones transculturales, demostrando relaciones significativas con otras medidas psicológicas y otras variables parentales (Abidin & Wilfong, 1989). Este instrumento no ha sido aplicado en población ecuatoriana.

El inventario COPE ha sido validado en estudios de habla hispana por lo tanto se cuenta con la versión en castellano adaptada en España por Crespo y Cruzado (1997). También fue validado en Perú, población demográficamente similar a la nuestra, en 1996 por Casuso, demostrando así su validez y confiabilidad en múltiples investigaciones (Chau, 1999; Rojas, 1997)

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

El estrés parental se midió utilizando el Índice de Estrés Parental (Abidin, 1992) y las estrategias de afrontamiento se midieron utilizando el COPE (Crespo & Cruzado, 1997).

Tabla 2. Operacionalización de Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador
Ante el nivel de estrés reportado, las madres de niños con hipotiroidismo congénito utilizarán estrategias enfocadas en la emoción.	Estrés Parental	Reacción psicológica que envuelve las características del temperamento de los hijos con las características del temperamento de los padres y las variables situacionales familiares relacionadas a la paternidad	Aplicar el test PSI IV- Short Form.	Puntaje de las preguntas 1 – 36
	Estrategias de Afrontamiento	Esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian constantemente para manejar las demandas de un evento estresante interno o externo que exceden los recursos de la persona para hacerlo.	Aplicar el test COPE	Puntaje de las preguntas 1 - 30

2.8 PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez aplicados los tests, se ingresó los resultados de los mismos a las plantillas de calificación desarrolladas por la investigadora. Se clasificó la información demográfica mediante los análisis estadísticos pertinentes con el programa estadístico PASW 17. También se analizó descriptiva y correlacionalmente los datos obtenidos para publicar los resultados de la investigación.

2.9 RECURSOS HUMANOS

La investigación fue llevada a cabo por un investigador principal quien se encargó de la aplicación de los tests y la calificación de los mismos, así como de realizar el análisis respectivo. De la misma manera, la muestra de la investigación fue conformada por las madres de los niños diagnosticados con hipotiroidismo congénito.

2.10 RECURSOS TÉCNICOS Y MATERIALES

Los tests originales para su aplicación (Índice de Estrés Parental y Test COPE). Las impresiones de las baterías de tests (Formulario de consentimiento informado, formulario de información demográfica, Índice de estrés Parental – forma corta y COPE). Manuales de calificación para los dos instrumentos de medición. Una computadora Laptop con los programas necesarios para el análisis estadístico (El sistema PASW 17). Los recursos financieros y el cronograma de trabajo se pueden encontrar en el ANEXO I y J.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS DE ESTRÉS PARENTAL

El análisis descriptivo indicó que las madres de niños con hipotiroidismo congénito reportaron altos niveles de estrés asociados a la escala de autorregulación infantil ($M=30.36$, $DS= 8.426$). Por otro lado, se observó bajos puntajes en las escalas de (interacción materno-filial; $M=27.88$, $DS= 7.132$) y (angustia parental; $M=28.16$, $DS=8439$) (ver Tabla 3, Anexo K). El estrés total es la suma de las escalas de angustia parental, interacción materno-filial y autorregulación infantil. Según el Manual del PSI-Short Form de Abidin (1995) se puede evidenciar que en promedio el estrés total de las madres de niños con hipotiroidismo congénito no es considerado un estrés patológico. Sin embargo se encuentra cerca del percentil 90 que indicaría que se necesita de asistencia profesional (Ver anexo K).

Si los valores de la escala de angustia parental, se encuentran superiores a las otras dos escalas (Interacción materno filial o autorregulación infantil) se consideraría necesaria la intervención en cuanto al ajuste personal de la madre, lo que quiere decir que se necesitaría asistencia psicológica con respecto a la respuesta de la madre en su rol como tal, su autoestima y su competencia como madre. Como se evidencia en la

tabla 5, los resultados en este estudio demuestran que en la escala de angustia parental las madres reportaron resultados en un rango normativo (Ver anexo K).

En relación a la escala de interacción materno-filial, los puntajes son asociados a indicios de maltrato por parte de las madres (negligencia, rechazo o incluso episodios de abuso físico causado por frustración por parte de ellas). Sin embargo, para que este enunciado sea aplicable, las tres escalas (angustia parental, interacción materno-filial y autorregulación infantil) deben ser superiores al percentil 90 (Ver anexo L), lo cual no aplica en relación a los resultados del estudio. De la misma manera, resultados obtenidos en la escala de angustia parental (en el percentil 75 o menor) (Ver anexo L), sugieren que no existe descontrol por parte de las madres.

En cuanto a la escala de autorregulación infantil, los resultados se encuentran dentro de los parámetros normativos (Ver anexo K). Si los mismos estuviesen sobre el percentil 90 indicaría que los niños menores de 18 meses estarían teniendo problemas en relación con los procesos autorregulatorios (relacionados con controlar su propia conducta). Si los niños tuviesen más de dos años, indicaría que los niños presentan problemas en relación a los síntomas conductuales (los padres tendrían problemas en cuanto a recibir cooperación de sus hijos y definir límites claros).

Tabla 3 Promedio y desviación estándar: Estrés Parental

Estrés Parental	M	DS
Angustia Parental	28.16	8.439
Interacción Materno-Filial	27.88	7.132
Autorregulación Infantil	30.36	8.426
Estrés Total	86.40	21.525

N=25

Valorizaciones de estrés parental (Escala del inventario de estrés parental).

M es el promedio

DS es la desviación estándar de los puntajes (números reales)

3.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA ESCALA DE RESPUESTA DEFENSIVA

Las madres de niños con hipotiroidismo congénito reportaron resultados elevados en la escala de respuesta defensiva (Ver Anexo K). Los resultados de la escala de respuesta defensiva sugieren que las madres de los niños con hipotiroidismo congénito buscan minimizar los posibles indicadores de estrés o buscaron presentar una impresión distinta de ellas mismas. La respuesta más baja en relación a esta escala fue de 7 puntos y la más elevada de 31 (ver Tabla 4).

Tabla 4. Media, Desviación Estándar, Puntaje mínimo y máximo: Respuesta Defensiva

	Mínimo	Máximo	M	DS
Respuesta Defensiva	7	31	17.32	5.956

N=25

Valorizaciones de la escala de respuesta defensiva de las madres

M es el Promedio

DS es la Desviación estándar (números reales)

3.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS SOBRE LA ESCALA DE ESTRÉS DE HOMES & RAHE (1967)

En la presente investigación no se reportaron respuestas positivas en alguno de los ítems propuestos para las escalas de estrés (Muerte del cónyuge, divorcio, separación matrimonial, encarcelación, muerte de un familiar cercano, lesión o enfermedad personal, matrimonio, despido del trabajo, desempleo, reconciliación matrimonial) (Ver Tabla 5). Por lo tanto, no existe inferencia de otras situaciones de la vida diaria.

Tabla 5. Frecuencia, puntuación y total de la escala de estrés de Homes & Rahe

	Frecuencia	Puntuación	Total
Muerte del cónyuge	0	0	0
Divorcio	0	0	0
Separación matrimonial	0	0	0
Encarcelación	0	0	0
Muerte de un familiar cercano	0	0	0
Lesión o enfermedad personal	0	0	0
Matrimonio	0	0	0
Despido del trabajo	0	0	0
Desempleo	0	0	0
Reconciliación matrimonial	0	0	0

N=25

Puntajes de respuesta de la escala de estrés Homes y Rahe.

Escala de Homes & Rahe: lista de 43 eventos vitales que pueden ocasionar estrés y han acontecido en los últimos 12 meses de vida de una persona.

3.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS SOBRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La frecuencia de las estrategias de afrontamiento estuvo jerarquizada en base a la utilización de las mismas por parte de las madres de niños con hipotiroidismo congénito. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron las de afrontamiento enfocado en la emoción (Negación, aceptación, reinterpretación positiva y crecimiento, afrontamiento religioso y uso de apoyo social emocional y humor), posteriormente las estrategias enfocadas en el problema (Afrontamiento activo,

planificación, supresión de actividades que competen, uso de apoyo social instrumental, moderación o control) y finalmente otros estilos de afrontamiento (desconexión comportamental, desconexión mental, abuso de sustancias y enfoque y expresión emocional) (Ver Tabla 6)

Tabla 6 Promedio y Desviación Estándar: Estrategias de Afrontamiento

	M	DS
Estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción	10.22	2.752
Estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema	9.92	3.121
Otros estilos de Afrontamiento	7.56	2.587

N=25

Valorizaciones de las estrategias de afrontamiento

M es el promedio

DS es la desviación estándar (Números reales)

En base a las estrategias de afrontamiento en general, la estrategia de afrontamiento más utilizada fue la de afrontamiento religioso ($M=12,32$ y $DS=2.479$). la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento fue la segunda estrategia reportada ($M=11.2$ y $DS=2.489$). Posteriormente, la aceptación ($M=10.64$ y $DS=2.378$) seguida de la estrategia de planificación ($M=10.48$ y $DS=2.931$) fueron reportadas. A continuación, la estrategia de supresión de actividades que competen ($M=10.36$ y $DS=2.612$) y la estrategia de afrontamiento activo ($M=10.08$ y $DS=2.597$). Las madres reportaron a la estrategia de uso de apoyo emocional ($M=9.96$ y $DS=3.062$) posteriormente. Las estrategias de moderación o control ($M=9.36$ y $DS=2.548$), uso de apoyo social instrumental ($M=9.32$ $DS=2.982$) y enfoque y

expresión emocional ($M=9.12$ y $DS= 2.403$) se ubicaron después. Las estrategias de afrontamiento menos utilizadas por las madres fueron la de desconexión mental ($M=8.52$ y $DS=3.293$), desconexión comportamental ($M=7.48$ y $DS=2.694$), negación ($M=7.28$ y $DS=2.622$), humor ($M=6.84$ y $DS=3.158$) y finalmente el uso de sustancias ($M=5.12$ y $DS=2.489$) (ver Tabla 7).

Tabla 7 Promedios y Desviaciones Estándar: Escalas de Afrontamiento

Escala de Afrontamiento	M	DS
Estrategias enfocadas en la emoción		
Reinterpretación Positiva y Crecimiento	11.2	2.489
Afrontamiento Religioso	12.32	2.479
Aceptación	10.64	2.378
Uso de Apoyo social emocional	9.96	2.403
Negación	7.28	2.622
Humor	6.84	3.158
Estrategias enfocadas en el problema		
Uso de apoyo social instrumental	9.32	2.928
Afrontamiento Activo	10.08	2.597
Planificación	10.48	2.981
Moderación o Control	9.36	2.548
Supresión de actividades que competen	10.36	7.612
Otros estilos de afrontamiento		
Desconexión Mental	8.52	3.293
Desconexión Comportamental	7.48	2.694
Enfoque y Expresión Emocional	9.12	2.403
Uso de Sustancias	5.12	2.489

N=25

Análisis por escalas

M es el promedio

DS es la desviación Estándar

3.5 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE ESTRÉS PARENTAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Un análisis de correlación de Pearson indicó que no existe una relación entre estrés total y las estrategias de afrontamiento. Sin embargo, se observó una correlación moderada entre el estrés total de las madres y la estrategia de afrontamiento de desconexión comportamental, $r(25) = ,433$, $p < .005$, y la negación, $r(25) = ,467$, $p < .005$, (Ver tabla 8).

Tabla 8 Correlaciones: Escalas de Afrontamiento y Estrés Total

	Estrés Total
Estrategias de Afrontamiento	
Estrategias enfocadas en la emoción	
Reinterpretación Positiva y Crecimiento	-,308
Afrontamiento Religioso	,051
Aceptación	,-127
Uso de Apoyo social emocional	,131
Negación	,433*
Humor	,360
Estrategias enfocadas en el problema	
Uso de apoyo social instrumental	-,147
Afrontamiento Activo	-,050
Planificación	-,115
Moderación o Control	,001
Supresión de actividades que competen	,032
Otros estilos de afrontamiento	
Desconexión Mental	,338
Desconexión Comportamental	,467*
Enfoque y Expresión Emocional	,337
Uso de Sustancias	,152

N=25

*Correlación significativa a partir de 0.05

**Correlación significativa a partir de 0.10

Negación: refiere a la estrategia de emoción directa de negar lo acontecido

Desconexión comportamental: refiere a la acción directa en torno al objetivo de las conductas

3.6 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE LAS ESCALAS DE ESTRÉS PARENTAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

El análisis demostró que existe relación entre la estrategia de desconexión comportamental (Estrategia con acción directa en torno al objetivo de la conducta) y la escala de autorregulación infantil (Comportamiento del niño) $r(25) = ,513, p < .005$. También se evidenció una correlación confiable y moderada entre la estrategia de negación (Estrategia enfocada en la emoción en relación a negar lo acontecido) y la escala de autorregulación infantil $r(25) = ,433, p < .005$. En cuanto a la relación entre estas dos escalas, los resultados podrían indicar que las madres se desconectan de su relación con sus hijos cuando la conducta de los mismos no es adecuada. Por ejemplo, cuando los niños no sonrían tanto o lloran más que los demás. Incidentemente, la estrategia de afrontamiento de desconexión comportamental no tiene relación con la presencia de estrés total. No se evidenció relación entre ninguna otra escala de estrés parental y las estrategias de afrontamiento. (Ver tabla 9).

Tabla 9 Correlaciones: Escalas de Afrontamiento y Autorregulación Infantil

Autorregulación Infantil	
Estrategias de Afrontamiento	
Estrategias enfocadas en la emoción	
Reinterpretación Positiva y Crecimiento	-,338
Afrontamiento Religioso	,040
Aceptación	,143
Uso de Apoyo social emocional	,091
Negación	,433*
Humor	,250
Estrategias enfocadas en el problema	
Uso de apoyo social instrumental	,212
Afrontamiento Activo	-0,55
Planificación	-193
Moderación o Control	,031
Supresión de actividades que competen	,016
Otros estilos de afrontamiento	
Desconexión Mental	,335
Desconexión Comportamental	,513**
Enfoque y Expresión Emocional	,364
Uso de Sustancias	,216

N=25

*Correlación significativa a partir de 0.05

**Correlación significativa a partir de 0.10

Desconexión comportamental: refiere a la conducta de la madre en relación a un objetivo

Negación: refiere a la estrategia de emoción directa de negar lo acontecido.

Autorregulación infantil: es conjunto de características comportamentales de los hijos que los hacen fáciles o difíciles de ser manejados por sus padres.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El nivel elevado de estrés reportado por las madres de niños con hipotiroidismo congénito es congruente con lo reportado por otros autores (Hastings, 2003; Olsson & Hwang, 2001; Ricci & Hodapp, 2003) quienes encontraron que los padres de niños con retraso en el desarrollo sufren más estrés que padres de niños con un desarrollo normal. A pesar de que la detección temprana de la enfermedad previene la discapacidad intelectual, los niños con hipotiroidismo congénito pueden cursar con algunas deficiencias específicas, cognitivas y conductuales según Zabranzsky (2007) por lo cual las madres reportan niveles de estrés elevados. Se debe tomar en cuenta que la presente investigación no tuvo un grupo de control y un grupo experimental, sin embargo los resultados concuerdan con los reportados en estudios que sí tuvieron ese tipo de metodología.

Con relación a los resultados en las escalas de estrés parental, específicamente en los de la interacción disfuncional materno-filial, los cuales indican que hay abuso infantil (negligencia, rechazo o incluso abuso físico), a pesar de que la relación de los demás resultados demuestran que existe autocontrol por parte de las madres y que la credibilidad del enunciado disminuye por los resultados de las demás escalas. Es

importante que se tome en cuenta estudios como el de Bender, & Carlson (2013) los cuales indican que un alto nivel de estrés en padres influye en el trato hacia sus hijos (inatención y agresión hacia ellos), lo cual es similar a lo encontrado en el presente estudio.

En esta muestra, las madres de niños con hipotiroidismo congénito reportaron niveles de estrés más elevados en relación al comportamiento de los niños que a la percepción de su comportamiento como madres o a la interacción con sus hijos. Lo cual difiere de lo encontrado en el estudio de Respler-Herman et al. (2012), cuyos resultados indicaron que los padres reportaron más estrés en relación a la escala de angustia parental que a las otras dos escalas. Resulta interesante la diferencia entre los puntajes de la presente investigación y la de Respler-Herman, las madres de niños con edades más avanzadas (niños cursando pre escolar y escuela) reportan resultados menos elevados que las madres de niños con hipotiroidismo congénito (niños que aún no inician su etapa pre escolar). Resulta llamativo también, que la muestra de la investigación en referencia se trataba de madres con una situación económica acomodada mientras que en la presente investigación el ingreso económico mensual de la muestra es relativamente bajo.

En relación con lo antes mencionado, se debe analizar los altos valores reportados en la escala de defensividad del test de estrés parental. Los valores altos en la escala de respuesta defensiva está relacionada a 3 factores según el autor (Abidin, 1995): La madre intenta presentarse como una madre competente libre de estrés parental, la madre se encuentra desligada con su rol y en efecto no experimenta estrés o de hecho es una madre competente que maneja su rol de manera adecuada y además excelentes relaciones consigo misma y con los demás. Lastimosamente, no se puede determinar según el mismo instrumento cuál de estas tres hipótesis es la

correspondiente a los resultados. La posibilidad de este resultado pudo deberse a la búsqueda de las madres por dar una impresión adecuada de sí mismas, a la necesidad de aparentar ser “buenas madres” ante investigaciones que, como se indica en el consentimiento informado, serán presentadas al Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal. No existen resultados relevantes en otras investigaciones sobre respuesta defensiva.

En relación al estrés parental, la estrategia de afrontamiento más utilizada por las madres fue el afrontamiento religioso. Este resultado es similar a lo encontrado por (McCrae, & Costa, 1986) quienes reportan que el afrontamiento religioso es muy importante para muchas personas. Según Carver (1989) la religión podría servir como una fuente de apoyo emocional o como facilitador para utilizar otras estrategias de afrontamiento como reinterpretación positiva y crecimiento o afrontamiento activo ante un estresor. Lo cual es congruente con los resultados de esta investigación ya que la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento es la segunda estrategia más utilizada por las madres de niños con hipotiroidismo congénito. Similarmente, considerando los resultados de esta investigación, se podría decir que este tipo de afrontamiento no incide en la percepción de estrés reportada por las madres. De todos modos, es un factor a tomar en cuenta ya que (Wortman & Lehman, 1985) proponen que las estrategias de afrontamiento pudiesen volverse disfuncionales si se mantienen por largos períodos de tiempo.

4.1 LIMITACIONES

La posibilidad de los resultados encontrados en el presente estudio estaría relacionado a la metodología utilizada. Los resultados serían diferentes si se hubiera utilizado una muestra probabilística aleatoria simple. De la misma manera, el contexto al momento de la aplicación de la batería de tests pudo no ser el adecuado. Las madres

se encontraban con sus hijos al momento del llenado de instrumentos y esto pudo haber influenciado en su manera de responder a los ítems. Se evidenció que muchas de ellas se mostraron apuradas lo cual pudo ocasionar que no reflexionaran sus respuestas adecuadamente.

4.2 CONCLUSIONES

Se comprueba la hipótesis planteada que refería que ante el elevado nivel de estrés reportado por las madres, las estrategias de afrontamiento más utilizadas sean las estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción. En base a los resultados se encontró que las madres reportan un elevado nivel de estrés. Específicamente, se reportaron resultados más elevados en el comportamiento de los niños que en su propia percepción como madres o en la interacción con sus hijos.

Las estrategias de afrontamiento más utilizada por las madres de niños con hipotiroidismo congénito fueron las estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción (religioso, reinterpretación positiva y crecimiento) según Carver (1989), el orden de utilización antes mencionado es funcional. Posteriormente se reportó el uso de estrategias de afrontamiento enfocados en el problema (planificación, supresión de actividades que competen y la estrategia de afrontamiento activo). Las estrategias de moderación o control, uso de apoyo social instrumental y enfoque y expresión emocional se ubicaron después. Las estrategias de afrontamiento menos utilizadas por las madres fueron la de desconexión mental, desconexión comportamental, negación, humor y finalmente el uso de sustancias

Las madres utilizan estrategias de afrontamiento adecuadas. No utilizan con frecuencia las estrategias de afrontamiento que según Carver (1989) se consideran disfuncionales (desconexión comportamental, desconexión mental y enfoque y expresión emocional).

4.3 RECOMENDACIONES

Mediante una nueva investigación se recomienda que la muestra escogida sea probabilística aleatoria simple. De la misma manera, se podría tomar en cuenta que las madres tengan un contexto más adecuado para el llenado de los instrumentos (Sin sus hijos).

Se recomienda investigar más sobre la interacción madre-hijo en relación a la desconexión comportamental de la madre al momento de presentarse una conducta difícil por parte de su hijo. Por lo tanto, se podría generar mecanismos de ayuda para el autocontrol materno y el manejo de las conductas adecuadas por parte de la madre ante un comportamiento inadecuado del niño.

Es importante que se realicen investigaciones para determinar las causas de los valores altos en la escala de respuesta defensiva de las madres de niños con hipotiroidismo congénito. Ya que, podría corroborarse alguna de las tres hipótesis propuestas por Abidin (1995). Lo crítico sería que la hipótesis comprobada sea la que refiere que la madre no está involucrada con su rol y por lo tanto no experimenta estrés en relación a los factores del sistema materno-filial. Lo antes mencionado describe la urgencia para tal investigación.

Así mismo, se recomienda evaluar más a fondo la relación entre afrontamiento religioso y estilos de cuidado (atención ante situaciones médicas). Se sugiere investigar la posible relación entre el estrés parental percibido y los rasgos de personalidad de las madres.

Finalmente se sugiere al Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal, generar mecanismos de ayuda psicológica en relación al estrés para las madres de niños con hipotiroidismo congénito. Así como impulsar nuevas investigaciones para comparar

los resultados del presente estudio en relación a otras patologías detectadas:

Fenilcetonuria, Galactosemia e Hiperplasia Suprarrenal Congénita.

REFERENCIAS

- Abidin, R. (1990). Parenting stress index manual. Charlottessville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R., Wilfong, E. (1989). Parenting stress and its relationship to child health care. *Children's Health Care*, 18, 114-116
- Abidin, R. (1995). Parenting Stress Index- Short Form Manual. Third Edition. PAR
- Anshel, M. (2001). Qualitative validation of a model for coping with acute stress in sport. *Journal of sport behavior*, 24, 223-246
- Barkley, R., Fisher. M., (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of child psychology, psychiatry and allied disciplines*, 32, 233-255
- Bender, S., Carlson, J. (2013). An initial investigation of parenting stress, social-emotional protective factors, and behavior concerns within a head start population. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, (3), 113-123.
- Castaldi, J. (1990). Affective and Cognitive Patterns in the mother child relationships during the second year of life. Tesis doctoral no publicada. *Universidad de Virginia – Charlotesville.*
- Carver, C., Scheier, M. (1994) Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Carver, C., Scheier, M., Weintraub, J. (1989) Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283
- Cash, M., Gardner, D. (2011). *Cognitive hardiness, appraisal and coping: comparing two transactional models*: 646-664.

- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (in press). Personality, stress, and coping: Some lessons from a decade of research. In K. S. Markides & C. L. Cooper (Eds.), *Aging, stress, social support, and health*. New York: Wiley.
- Dabrowska, A. (2008). Sense of coherence and coping with stress in fathers of children with developmental disabilities. *Polish Psychological Bulletin*, 39(1), 29-34.
- Gorkza, P. (1999). Homeless parents' perceptions of parenting stress. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, (12), 7-16
- Guarino, L. (2013) *Mediación moderada, sensibilidad emocional y afrontamiento en el contexto del estrés*/Moderated Mediation, Emotional Sensitivity and Coping in the Context of Stress: 141-159.
- Holmes T., & Rahe R. (1967) The social readjustment rating scale. *J. Psychosom.* 11. 213-218.
- Judge, S. (1998). Parental coping strategies and strengths in families of young children with disabilities. *Family relations*, 47, 263-268
- Labrador, F. (2011). Capítulo primero: Introducción y marco conceptual. En F. Labrador (4 edición) *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 36-51). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lafranchi, S., & Vianello, R. (2012). Stress, locus of control, and family cohesion and adaptability in parents of children with Down, Williams, Fragile X, and Prader-Willi Syndroms. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(3), 207-224.
- Lazcano, M., Salazar, BC., & Gómez MC. (2008). *Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. *Aquichan*; 8 (1): 116-125.

- Lazarus, R. (1980). The stress and coping paradigm. Obtenido de: Bond, L., & Rosen, J. *Competence and Coping in adulthood*. Hanover, NH: University Press of New England.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lutz, K., Burnson, C., Hane, A; Samuelson, A; Maleck, S., Poehlmann, J. (2012). Parenting stress, social support, and mother.child interactions in families of multiple and singleton preterm toddlers. *Family Relations*, (61), 642-656.
- McCubbin, H., Cauble, E., & Patterson, J. (1982), *Family, stress, coping, and social support*. Springfield. Thomas Publisher
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- Puente-Díaz, R., Anshel, M. (2005). Sources of acute stress, cognitive appraisal, and coping strategies among highly skilled Mexican and U.S competitive tennis players. *The Journal of Social Psychology*, 145(4), 429-446
- Rastogi M, LaFranchi S. (2010). Congenital hypothyroidism. *Orphanet J Rare Dis*, 5:17
- Respler-Herman, M., Mowder B. (2012). Parenting beliefs, parental stress and social support relationships. *J Child Fam Stud*, 21: 190-198.
- Rodríguez, A. (2012). Afrontamiento y soporte social en un grupo de adictos en un hospital psiquiátrico de Lima. Tesis para obtención de título de Licenciada en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Salgado, P. (2008). *Estrés en ejecutivos de medianas y grandes empresas mexicanas: un enfoque de desarrollo humano organizacional*: 15-36.

- Silvers, S. (2006). Perceived social support, coping strategies and depression during the transition to college. Tesis para obtención de Doctorado. Northern Illinois University, Illinois, US.
- Sincero, S (May 24, 2012). El Estrés y la Evaluación Cognitiva. Aug 21, 2014 Obtenido de Explorable.com:<https://explorable.com/es/el-estres-y-la-evaluacion-cognitiva>
- Somer, E., Golan, D., Dishon, S., Cuzin-Disegni, L., Lavi, I., Miller, A. (2010). Patients with multiple sclerosis in a war zone: coping strategies associated with reduced risk of relapse. *Multiple Sclerosis*, 16(4) 463-471.
- Smith, L., Mailick, M., Tager-Flusberg, H., Greenberg, J., Carter A. (2007). A comparative analysis of well-being and coping among mothers of toddlers and mothers of adolescents with ASD. *J Autism Dev Disord*, 38:876-889.
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M., Marton, I. (2011). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and Contextual Factors. *J Child Fam Stud*, 20:640-647.
- Torres-Sepúlveda, M., Martínez-deVillareal L., Esmer, C., González-Alanis, L., Ruíz-Herrera, C., Sánchez-Peña, A., Mendoza-Cruz, J., Villareal-Perez, J. (2008). Tamiz metabólico neonatal por espectrometría de masas tandem: Dos años de experiencia en Nuevo León, México. *Salud Pública Mex*, 50, 3
- Varescon, I., Leignel, S., Poulain, X., Gerard, C. (2011). Coping strategies and perceived stress in pregnant smokers seeking help for cessation. *Journal of Smoking Cessation*, 6(2), 126–132.
- Veloza, M., Moreno, ME., Crespo, O., & Gutiérrez E. (2007). *Proceso de afrontamiento y adaptación. En Gutiérrez M. Universidad de La Sabana. Adaptación y cuidado en el ser humano. Una visión de enfermería. Bogotá: El Manual Moderno; pp. 13-25.*
- Wang, P., Michaels, C., Day, Matthew. (2010). Stresses and coping strategies of Chinese families with children with autism and other developmental disabilities. *J Autism DevDisord*, 41, 783-795.

Zafar, N., Mubashir, T. (2012) Emotional distress and coping strategies in university students after the death of parental figure. *Journal of Behavioural Sciences*, 22(3), 90-103.

Zabransky S. (2007) Thyroid screening in premature neonates. *J Ped Endocrinol Metab*, 20:1555-58

ANEXOS

Anexo A Documento de Aprobación de Tema



UNIVERSIDAD
INTERNACIONAL
SEK

Erick David Arguello, M.A., M.Ed., Psy.D.
Coordinador del Proceso de Titulaciones y Grados
Facultad de Psicología
Calle Alberto Einstein y 5ta Transversal - Carcelén - Quito
Teléfonos: 3974800-3974850 Ext. 103

19 de diciembre de 2013

Señora Magister

Verónica García

DECANA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK

Presente.-

Yo, **Andrea Elizabeth Guerrón Araque** estudiante de la Facultad de Psicología de la UISEK, con Cédula No.171689698-8, me dirijo a usted por medio de la presente para solicitar se apruebe mi tema de Trabajo de Fin de Carrera "Estrés parental y estrategias de afrontamiento en madres de niños con hipotiroidismo congénito," bajo la dirección de Erick David Arguello, y que corresponde a:

Objetivo del plan del buen vivir: 2

Política: Garantizar la atención especializada durante el ciclo de vida a personas y grupos de atención prioritaria, en todo el territorio nacional, con corresponsabilidad entre el estado, la sociedad y la familia.

Lineamiento: e Generar mecanismos de apoyo y desarrollo de capacidades para familiares a cargo del cuidado de grupos de atención prioritaria.

Línea de investigación de la facultad: Investigaciones en comportamiento y psicopatología del sujeto

Atentamente,

NOMBRE Y FIRMA ESTUDIANTE
Andrea Elizabeth Guerrón Araque
171689698-8

TELÉFONO ESTUDIANTE
0993677083

CORREO ESTUDIANTE
andreguerron26@hotmail.com

COORDINADORA PSI. CI
Cecilia Vaca
Ps. Mg.

DECANA PSICOLOGÍA
Verónica García Oquendo
Ps. Ind., M.B.A.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR
Erick David Arguello,
Ph.D.

TELÉFONO DIRECTOR
0985448343

CORREO DIRECTOR
erickdavidarguello@mail.com

COORDINADOR TITULACIONES
Erick David Arguello
B.S., M.A., M.Ed., Psy.D.

Anexo B Documento de Aprobación de Plan de Tesis**UNIVERSIDAD
INTERNACIONAL
SEK****DECRETO DE APROBACIÓN DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN**

DECRETO No.	PSI-3101-2014
FECHA	5/03/2014
TÍTULO DEL PLAN	ESTRÉS PARENTAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MADRES DE NIÑOS CON HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO
ESTUDIANTE	ANDREA GUERRÓN ARAQUE
CARRERA	PSICOLOGÍA CLÍNICA
PROFESOR DIRECTOR	ERICK DAVID ARGUELLO YONFA

Considerando que se han cumplido todos los requisitos legales y formales exigidos por la Universidad, en mi calidad de Decano de la Facultad de Psicología,

APRUEBO EL PLAN DE INVESTIGACIÓN PROPUESTO

El cual deberá ser desarrollado por el estudiante, bajo la guía del Profesor Director, con estricto cumplimiento de las normas establecidas en el Reglamento de Grados.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Verónica García*Decana Facultad Psicología*

COPIAS:

SECRETARÍA ACADÉMICA

-SECRETARIA GENERAL

-ESTUDIANTE

Campus Miguel de Cervantes. Calle Albert Einstein y 5ta. transversal s/n - Carcelén
Quito . Ecuador

Tel: (593 3) 984/800 a 899 ext 113 ■ Fax: (593 2) 306098

veronica.garcia@uisek.edu.ec ■ www.uisek.edu.ec ■ www.sek.net

Anexo C Carta de solicitud al Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal

D.M. Quito, 06 de mayo de 2014

Andrea Guerrón Araque
Calle Los Viñedos, Urb. Terracota F, casa No. 26
Celular: 0993677083 (Claro)
Correo electrónico: andreguerron26@hotmail.com

Doctor
Santiago Echeverría V.
Coordinador Nacional
Tamizaje Metabólico Neonatal

De mi consideración.-

Subsecuente a la aprobación del plan de tesis titulado: "Estrés Parental y Estrategias de Afrontamiento en madres de niños con Hipotiroidismo Congénito" por la Facultad de Psicología de la Universidad Internacional SEK para la obtención del título de Psicóloga Clínica, yo, Andrea Elizabeth Guerrón Araque con C.C. No.1716896988 solicito comedidamente su autorización como Coordinador Nacional del Proyecto Nacional de Tamizaje Metabólico Neonatal para acceder a la base de datos (números telefónicos y nombres de las madres de niños con hipotiroidismo congénito) que pertenecen al proyecto que usted dirige.

El propósito de la investigación es determinar los niveles de estrés parental y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres de niños diagnosticados con hipotiroidismo congénito. Esta investigación podría mejorar el conocimiento sobre esta población y posiblemente dar pautas para una mejor atención de la misma.

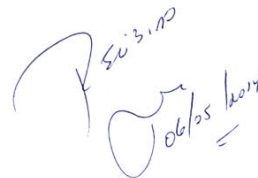
Inicialmente una muestra representativa de madres será contactada. Las mismas serán visitadas en su domicilio. Se informará a esta población sobre el propósito de la investigación y se presentará un consentimiento informado que deberá ser firmado previa a la participación voluntaria de las mismas. Posteriormente se procederá a aplicar una batería de instrumentos escritos (Inventario de Estrés Parental y COPE). Finalmente, datos recopilados en esta investigación serán presentados durante la defensa de grado de la investigadora de manera estadística / grupal frente al Tribunal asignado para la examinación de su proyecto. Se mantendrá toda información personal confidencial.

Los resultados de esta investigación también serán entregados a su persona y expuestos, si así lo desea.

Segura de contar con su colaboración,



Andrea Guerrón Araque
C.C. 1716896988



Anexo D – Carta de Aprobación del Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal

Ministerio
de Salud Pública
Dirección Nacional de Centros Especializados
Proyecto Nacional de Tamizaje Neonatal



Quito, D.M., miércoles 14 de mayo de 2014

Señorita
Andrea Guerrón Araque
De mi consideración.-

En respuesta a la carta recibida el día 06 de mayo del 2014, remitida por su persona, autorizo acceder a los datos de contacto de las madres de los casos positivos de Hipotiroidismo Congénito, pertenecientes al Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal del Ministerio de Salud Pública, para el desarrollo de su trabajo de investigación con el tema: "Estrés Parental y Estrategias de Afrontamiento en madres de niños con Hipotiroidismo Congénito" para la obtención de su título como Psicóloga Clínica.



Dr. Santiago Echeverría V.
RESPONSABLE NACIONAL
TAMIZAJE NEONATAL

Anexo E - Formulario de Consentimiento Informado**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK
FACULTAD DE PSICOLOGÍA (2014)**

Tema de la Investigación: “Estrés Parental y Estrategias de Afrontamiento en madres de niños con Hipotiroidismo Congénito”

Nombre del investigador: Andrea Guerrón Araque

Supervisor de la Investigación: Erick Argüello M.A, M.Ed.,Psy.D.

Lea este documento detenidamente. Su firma será necesaria al final del mismo para su participación en la investigación. Usted debe tener al menos 18 años para participar. Si usted desea se le dará una copia del documento completo del formulario de consentimiento informado.

La presente investigación se llevará a cabo por parte de Andrea Guerrón Araque, estudiante de la facultad de Psicología de la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK como trabajo final para la obtención del título de Psicóloga Clínica con respaldo del Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal del Ministerio de Salud Pública.

La información personal que se recolecte de esta investigación se mantendrá confidencial. Es decir, ningún nombre será publicado y los resultados de la misma serán expuestos como datos estadísticos.

La decisión de participar o no en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede decidir hacerlo o no y retirarse en cualquier momento del desarrollo de la misma, sin que esto afecte a la atención médica de su hijo (a) ni a la recepción de medicamento por parte del Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal. Si tiene preguntas sobre la investigación, puede hablar directamente con la investigadora en persona o al teléfono 0993677083.

El propósito de la investigación es determinar los niveles de estrés parental y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres de niños diagnosticados con hipotiroidismo congénito. Y así, tener información relevante y poder extender los conocimientos sobre el tema. Su intervención consiste en responder los tests que le serán aplicados por una única ocasión. Los resultados serán expuestos luego de su publicación y usted puede asistir a la presentación de los mismos si así lo desea.

Los posibles riesgos serían que durante el desarrollo de los tests usted experimente alguna molestia al recordar lo acontecido durante el diagnóstico de su bebé. También podría suceder que experimente cansancio. Los posibles beneficios al participar en esta investigación serían proporcionar la información necesaria para extender la información y sentar bases sobre la investigación de este tema. No existe un reconocimiento económico al participar en esta investigación.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____ Fecha _____

Anexo F Formulario de Información Demográfica

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PARTICIPANTE
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK
FACULTAD DE PSICOLOGÍA (2014)**

Tema de la Investigación: "Estrés Parental y Estrategias de Afrontamiento en madres de niños con Hipotiroidismo Congénito"

Nombre del investigador: Andrea Guerrón Araque

Supervisor de la Investigación: Erick Argüello M.A, M.Ed.,Psy.D.

FECHA: _____

EDAD:

- ☐ Entre 18-22
- ☐ Entre 23-27
- ☐ Entre 28-32
- ☐ Entre 33-37

ESTADO CIVIL:

- ☐ CASADA
- ☐ SOLTERA
- ☐ DIVORCIADA
- ☐ UNIÓN LIBRE

NIVEL DE ESTUDIOS CULMINADOS:

- ☐ PRIMARIA HASTA 6TO GRADO
- ☐ SECUNDARIA HASTA 6TO CURSO
- ☐ ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

OCUPACIÓN: _____

NÚMERO DE HIJOS:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ MÁS DE 3

NÚMERO DE HIJOS CON HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO: _____

¿ES USTED LA CUIDADORA PRIMARIA DE SU (S) HIJO (S) DIAGNOSTICADO CON HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO?

- ☐ SI
- ☐ NO

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL FAMILIAR:

- ☐ MENOS DE 100
- ☐ ENTRE 100 Y 300
- ☐ ENTRE 300 Y 500
- ☐ MÁS DE 500

MARQUE CON UNA EQUIS (x) SI USTED HA ATRAVESADO POR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

- ☐ MUERTE DEL CÓNYUGUE
- ☐ DIVORCIO
- ☐ SEPARACIÓN MATRIMONIAL
- ☐ ENCARCELACIÓN
- ☐ MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO
- ☐ LESIÓN O ENFERMEDAD PERSONAL
- ☐ MATRIMONIO
- ☐ DESPIDO DEL TRABAJO
- ☐ DESEMPLEO
- ☐ RECONCILIACIÓN MATRIMONIAL

Anexo G Test Índice de Estrés Parental – Short Form**PSI**

Las siguientes preguntas le piden que escoja una respuesta que mejor describa sus emociones. Por favor marque la respuesta que más se acerque a lo que usted siente así la respuesta no describa sus experiencias exactamente. **ESCOJA LA PRIMERA RESPUESTA QUE VENGA A SU MENTE EN RELACIÓN A CADA PREGUNTA.**

Por favor, marque el nivel en el cual usted está de acuerdo o desacuerdo en relación a cada uno de los enunciados presentados. Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa lo que usted siente. Si no está segura por favor encierre el número 3.

	1	2	3	4	5
	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
Ejemplo: 1 cine.	②	3	4	5	Disfruto de mirar películas en el (Si algunas veces disfruta de mirar películas en el cine encierre el número 2)
1- A menudo siento que no puedo manejar las cosas muy bien.	1	2	3	4	5
2- Doy más de lo que esperaba en mi vida para afrontar las necesidades de mi hijo (a)	1	2	3	4	5
3- Me siento atrapada por las responsabilidades como madre	1	2	3	4	5
4- Desde que tengo mi hijo(a) no he podido realizar cosas nuevas o diferentes	1	2	3	4	5
5- Desde que tengo mi hijo(a) siento que casi nunca puedo hacer las cosas que me gustan hacer	1	2	3	4	5
6- Me siento infeliz con la última compra de ropa que hice para mí misma	1	2	3	4	5
7- Hay muchas cosas que me molestan sobre mi vida	1	2	3	4	5
8- El tener un hijo(a) ha causado más problemas de lo que esperaba en mi relación con mi pareja	1	2	3	4	5
9- Me siento sola y sin amigos(as)	1	2	3	4	5
10- Cuando voy a una fiesta usualmente pienso que no me voy a divertir	1	2	3	4	5
11- No estoy tan interesada en otras personas como solía estarlo	1	2	3	4	5
12- No disfruto de las cosas como solía hacerlo	1	2	3	4	5
13- Rara vez mi hijo realiza cosas para mí que me hacen sentir bien	1	2	3	4	5
14- La mayoría del tiempo siento que mi hijo(a) me quiere y le gusta pasar junto a mí	1	2	3	4	5

	1 Completamente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 En desacuerdo	5 Completamente en desacuerdo			
15- Mi hijo(a) me sonríe mucho menos de lo que esperaba				1	2	3	4	5
16- Cuando realizo cosas por mi hijo(a) siento que mis esfuerzos no son muy apreciados				1	2	3	4	5
17- Cuando jugamos, mi hijo(a) no sonríe o ríe lo suficiente				1	2	3	4	5
18- Mi hijo(a) no parece aprender tanto como la mayoría de otros niños				1	2	3	4	5
19- Mi hijo(a) no parece sonreír tanto como otros niños				1	2	3	4	5
20- Mi hijo no es capaz de hacer mucho de lo que yo esperaba				1	2	3	4	5
21- A mi hijo(a) le toma mucho tiempo y le es realmente difícil acostumbrarse a nuevas cosas				1	2	3	4	5
22- Siento que soy:				1	2	3	4	5
1. Soy una muy buena madre								
2. Soy una madre mejor que algunas madres								
3. Soy una madre común								
4. Soy una persona que tiene problemas siendo madre								
5. No soy buena como madre								
23- Esperé tener sentimientos más cálidos y cercanos por mi hijo de los que siento y eso me molesta				1	2	3	4	5
24- A veces siento que mi hijo(a) hace cosas que me molestan solo para ser malo(a) conmigo				1	2	3	4	5
25- Mi hijo(a) parece llorar más a menudo que otros niños				1	2	3	4	5
26- Mi hijo(a) generalmente se despierta de mal humor				1	2	3	4	5
27- Siento que mi hijo es muy temperamental y se enoja con facilidad				1	2	3	4	5
28- Mi hijo(a) hace algunas cosas que me molestan mucho				1	2	3	4	5
29- Mi hijo(a) reacciona fuertemente ante cosas que le disgustan				1	2	3	4	5
30- Mi hijo(a) se molesta rápidamente sobre la mínima cosa				1	2	3	4	5
31- El establecer un horario de alimentación y sueño para mi hijo(a) fue más difícil de lo que esperaba				1	2	3	4	5
32- He descubierto que lograr que mi hijo realice algo es:				1	2	3	4	5
1. Mucho más difícil de lo que yo esperaba								
2. Más difícil de lo que yo esperaba								
3. Como yo lo esperaba								
4. Más fácil de lo que yo esperaba								
5. Mucho más fácil de lo que yo esperaba								

	1	2	3	4	5
	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
33- Piense atentamente y cuente la cantidad de cosas que hace su hijo(a) que le molestan a usted. Por ejemplo: Se rehúsa a obedecerle, llora, interrumpe, pelea, se queja, etc. Por favor encierre el número que incluye el número de cosas que identificó.					
1. 1-3	1	2	3	4	5
2. 4-5					
3. 6-7					
4. 8-9					
5. +10					
34- Hay algunas cosas que realiza mi hijo(a) que realmente me molestan mucho	1	2	3	4	5
35- Mi hijo(a) resultó ser un problema más de lo que imaginé	1	2	3	4	5
36- Mi hijo(a) demanda más de mí que la mayoría de niños con sus madres	1	2	3	4	5

Anexo H Test COPE

COPE

(Carver, Scheier & Weintraub, 1989)

Estamos interesados en cómo las personas responden cuando se enfrentan a acontecimientos difíciles o estresantes en sus vidas. Hay muchas maneras de intentar hacer frente al estrés. Este cuestionario le pide que indique lo que usted habitualmente hace o siente cuando usted experimenta sucesos estresantes. Evidentemente, acontecimientos diferentes provocan repuestas algo distintas, pero piense en lo que usted hace *habitualmente* cuando se encuentra bajo estrés.

Responda a cada uno de los ítems siguientes rodeando con un círculo el número que corresponda a su respuesta para cada uno de ellos, teniendo en cuenta las alternativas de respuesta que a continuación se indican. Por favor, intente responder a cada ítem *separándolo mentalmente de los otros ítems*. Elija sus respuestas concienzudamente y haga que las respuestas sean tan exactas PARA USTED como pueda. Por favor, responda a *todos* los ítems. No existen respuestas "buenas" o "malas", por tanto, elija aquella respuesta que es más adecuada para USTED - no la que usted crea que "la mayoría de las personas" diría o haría. Indique lo que USTED habitualmente hace cuando USTED experimenta un acontecimiento estresante.

- 1 = *Habitualmente no hago esto en absoluto*
 2 = *Habitualmente hago esto un poco*
 3 = *Habitualmente hago esto bastante*
 4 = *Habitualmente hago esto mucho*

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Me altero y dejo que mis emociones afloren | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Me digo a mí mismo "esto no es real" | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Confío en Dios | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me río de la situación | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Admito que no puedo hacerlo frente y dejo de intentarlo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Hablo de mis sentimientos con alguien | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me acostumbro a la idea de lo que pasó | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Hablo con alguien para averiguar más acerca de la situación " | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sueño despierto con cosas diferentes de ésta | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Me altero y soy realmente consciente de ello | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Busco la ayuda de Dios | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Elaboro un plan de acción | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Hago bromas sobre ello | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Acepto que esto ha pasado y que no se puede cambiar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Simplemente dejo de intentar alcanzar mi objetivo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumiendo drogas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Me niego a creer que ha sucedido | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Dejo aflorar mis sentimientos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema | 1 | 2 | 3 | 4 |

Anexo I Recursos financieros

Ítem	Cantidad	Precio Unitario	Precio Final
IEP	1	70.90	70.90
COPE	1	39.90	39.90
Copias	225	0.02	4.50
Laptop	1	700.00	700.00
Movilización		100.00 x mes	600.00
Hojas	200	0.05	10.00
Esferos	30	0.50	15.00
Empastado	3	3.00	3.00
SPAW 17	1	60.00	60.00
Total			1503.30

Anexo J Cronograma de trabajo

	MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
ACTIVIDADES								
1. <i>Presentación del Plan de Tesis</i>	X							
2. <i>Aprobación del Plan de tesis</i>	X							
3. <i>Aplicación de Instrumentos</i>		X						
4. <i>Análisis estadístico</i>			X					
5. <i>Desarrollo del capítulo I y II</i>		X	X					
6. <i>Desarrollo del Capítulo III, IV y V</i>				X				
7. <i>Presentación del documento para correcciones</i>					X			
8. <i>Presentación del documento final</i>						X		
9. <i>Defensa de tesis</i>							X	

Anexo K Tabla de Interpretación de resultados de sub escalas de PSI-Forma Corta

Tabla de interpretación de resultados de sub escalas de PSI-Forma Corta			
SUB ESCALA	PUNTAJE	INTERPRETACIÓN	RECOMENDACIÓN
ESTRÉS TOTAL	Más de 90 puntos	Los padres experimentan niveles de estrés clínicamente significativos.	Se recomienda asistencia profesional
ANGUSTIA PARENTAL (AP)	Puntaje más alto de las tres escalas (AP, IDMF y AI)	Los padres experimentan problemas en referencia a su ajuste personal.	Se recomienda trabajar con padres con respecto a su competencia parental
	Puntaje superior al percentil 90 en la escala AP y menor al percentil 75 en la escala AI	Los padres experimentan problemas en referencia a su ajuste personal, sin embargo los mismos son parcialmente independientes de la relación paterno-filial	
INTERACCIÓN DISFUNCIONAL MATERNO-FILIAL (IDMF)	Puntajes sobre el percentil 95	Posible abuso infantil (A manera de negligencia, rechazo o episodios de abuso físico desencadenados por frustración)	Ninguna
	Puntajes de AP, IDMF y RD superiores al percentil 90	La credibilidad sobre abuso infantil aumenta.	
	Puntaje de AP en o menor al percentil 75	No es probable la pérdida de control por parte de los padres	
	Puntajes de IDMF y AI sobre el percentil 90 y puntaje de AP en o menor al percentil 75	Existe afrontamiento parental al comportamiento difícil o a las características de la personalidad del hijo/a	
AUTORREGULACIÓN INFANTIL (AI)	Puntaje sobre el percentil 90 en niños menores de 18 meses	El niño/a presenta problemas en los procesos auto regulatorios (temperamentales o fisiológicos)	Ninguna
	Puntaje sobre el percentil 90 en niños mayores a 2 años	Problemas en relación a los síntomas conductuales.	

	Puntajes superiores al percentil 95	Psicopatología infantil	Mayor exploración a
	Puntaje de AI superior al percentil 90 y puntaje de IDMF y AP inferiores al percentil 75	Sin tener en cuenta la causa	Consulta parental a
			Clases de educación estrategias de maneja
	Puntaje de AP en o menor al percentil 75 y los puntajes de IDMF y AI son superiores al percentil 90		Programas de interv
RESPUESTA DEFENSIVA	Puntaje superior a 10 puntos	La madre intenta presentarse como una madre competente libre de estrés parental	
		La madre se encuentra desligada con su rol y en efecto no experimenta estrés o de hecho	
		Es una madre competente que maneja su rol de manera adecuada y además excelentes relaciones consigo misma y con los demás.	

Anexo L Hoja de perfiles y normas del PSI-Short Form

ÍNDICE DE ESTRÉS PARENTAL - FORMA CORTA																	
HOJA DE PERFILES Y NORMAS																	
R.R ABIDIN - UNIVERSIDAD DE VIRGINIA																	
	Rangos percentiles																
	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	
	Puntajes																
Estrés Total	39	46	51	55	59	61	63	65	66	67	69	71	73	75	76	79	
Angustia Parental	12	14	17	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Interacción Disfuncional	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
Autorregulación Infantil	14	15	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

La tabla incluye el total de la muestra de referencia (N=800), el promedio de cada escala (M) y la desviación estándar de los puntajes (DS). La traducción del original fue realizada por la autora.

GRÁFICOS

Gráfico 3. Descripción de la muestra: Rangos de edad

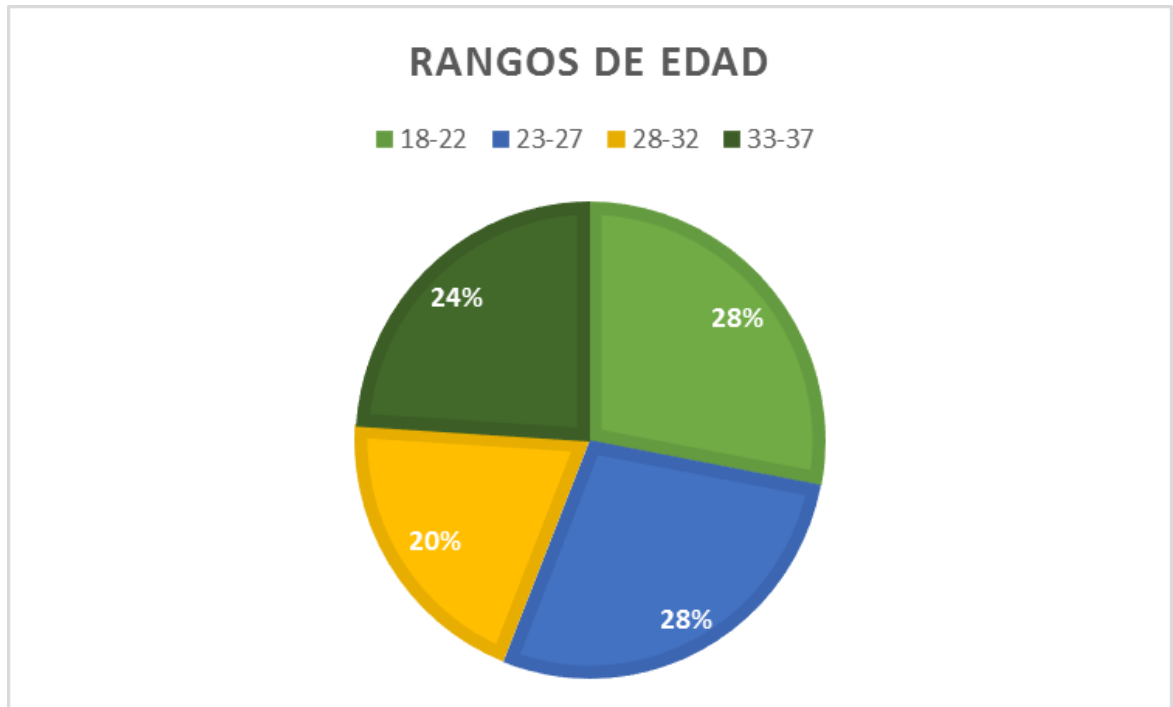


Gráfico 3. Porcentaje: Rangos de edad de las madres

Gráfico 4. Descripción de la muestra: Estado civil

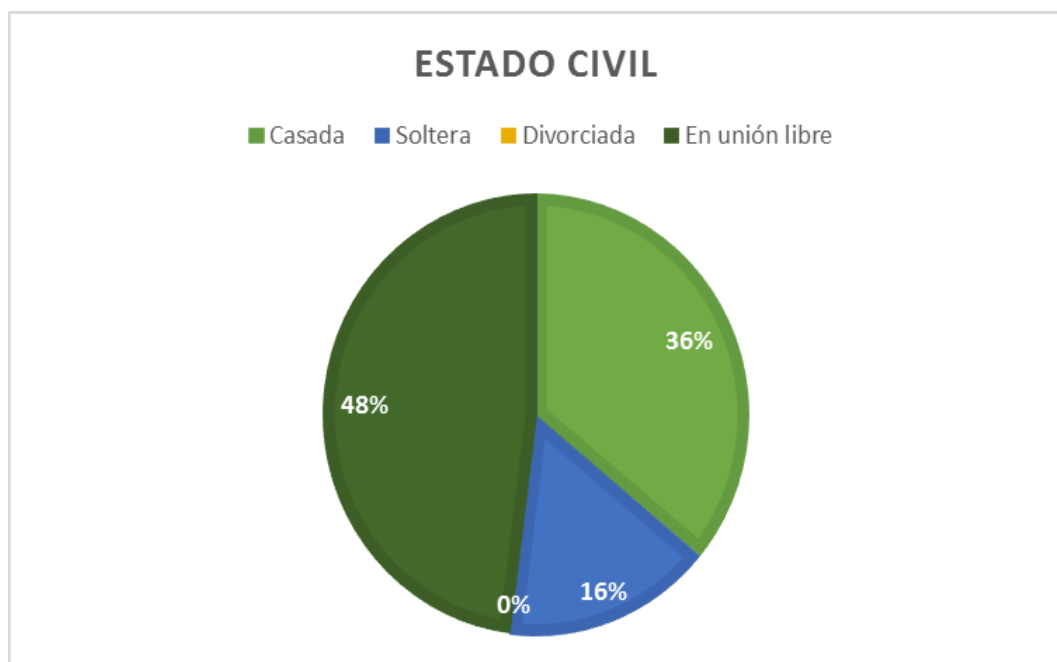


Gráfico 4. Porcentaje: Estado civil de las madres

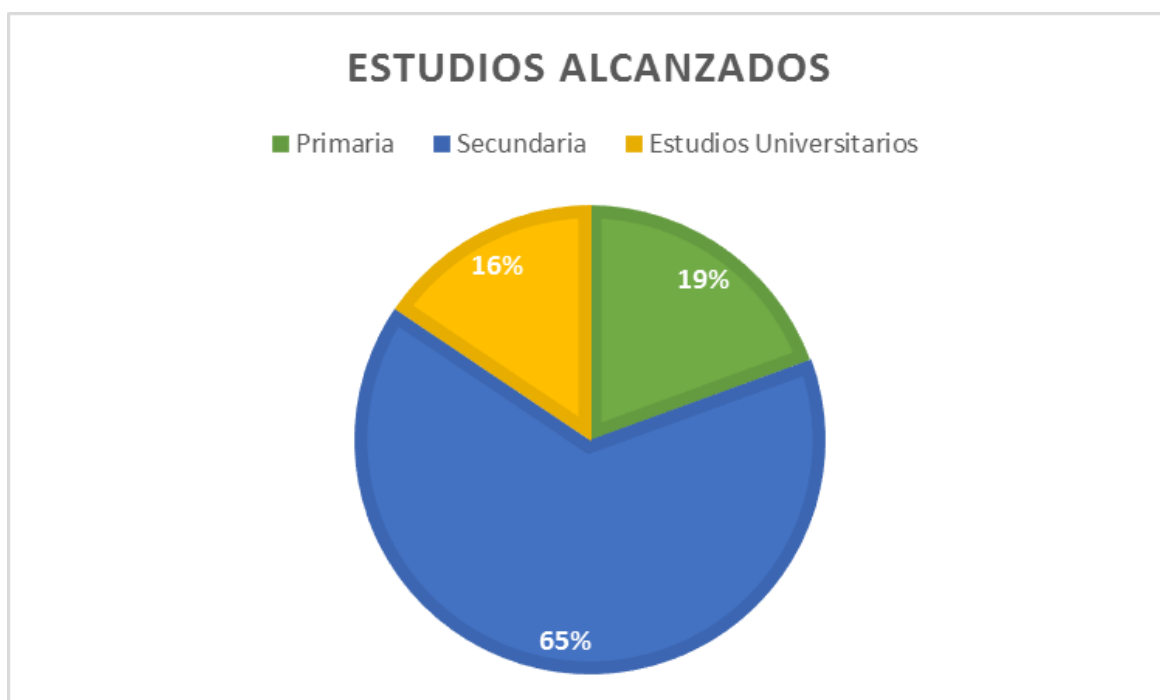
Gráfico 5. Descripción de la muestra: Estudios alcanzados

Gráfico 5. Porcentajes: Estudios alcanzados por las madres

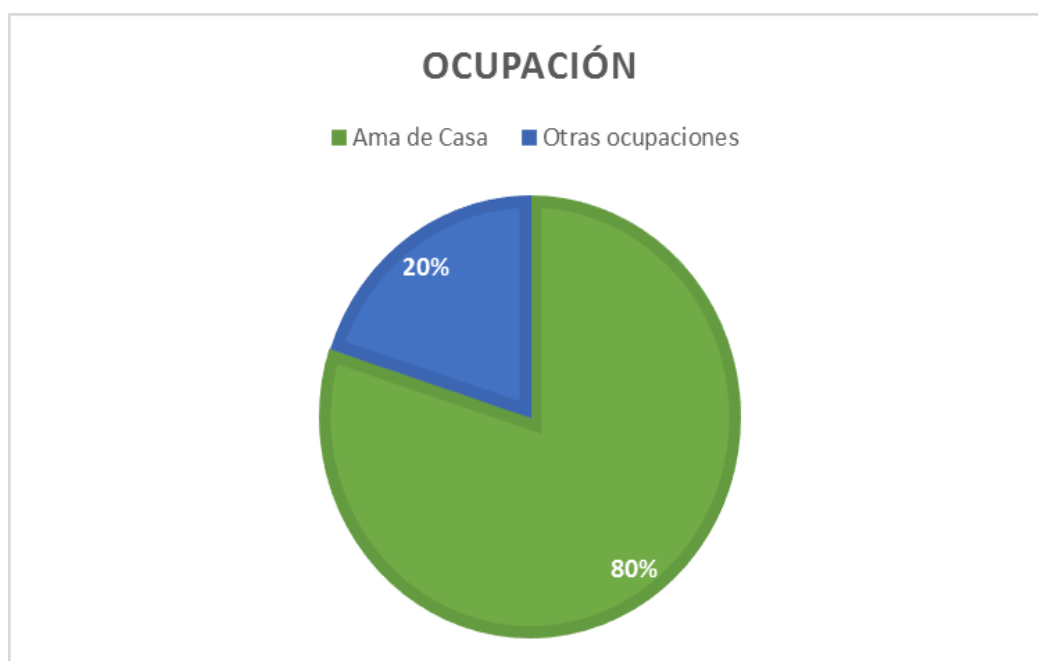
Gráfico 6. Descripción de la muestra: Ocupación

Gráfico 6. Porcentajes: Ocupación de las madres

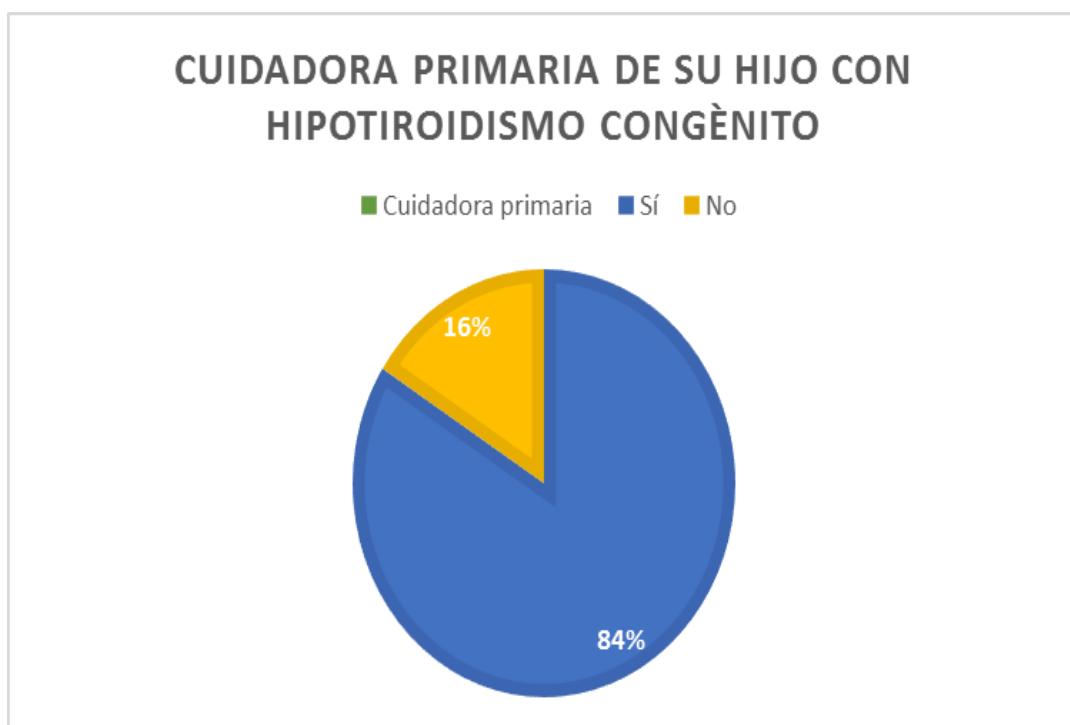
Gráfico 7. Descripción de la muestra: Cuidadoras Primarias

Gráfico 7. Porcentaje: Madre como cuidadora primaria de su hijo con hipotiroidismo congénito

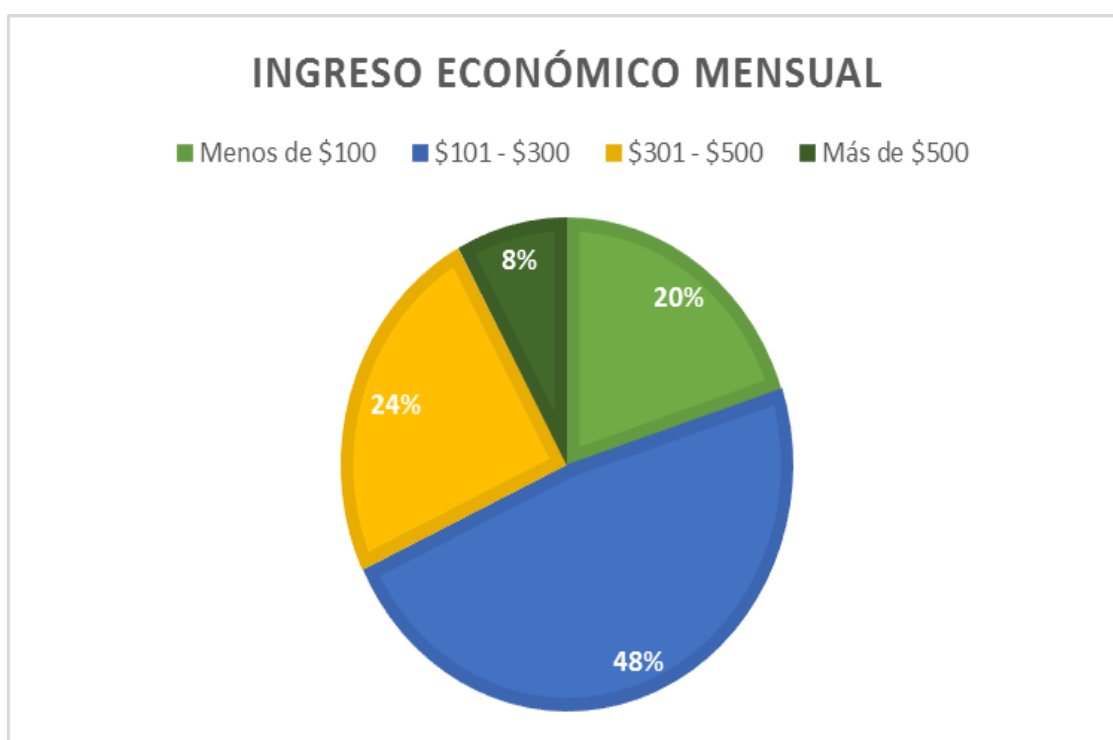
Gráfico 8. Descripción de la muestra: Ingreso económico mensual

Gráfico 8. Porcentajes: Ingreso económico mensual familiar

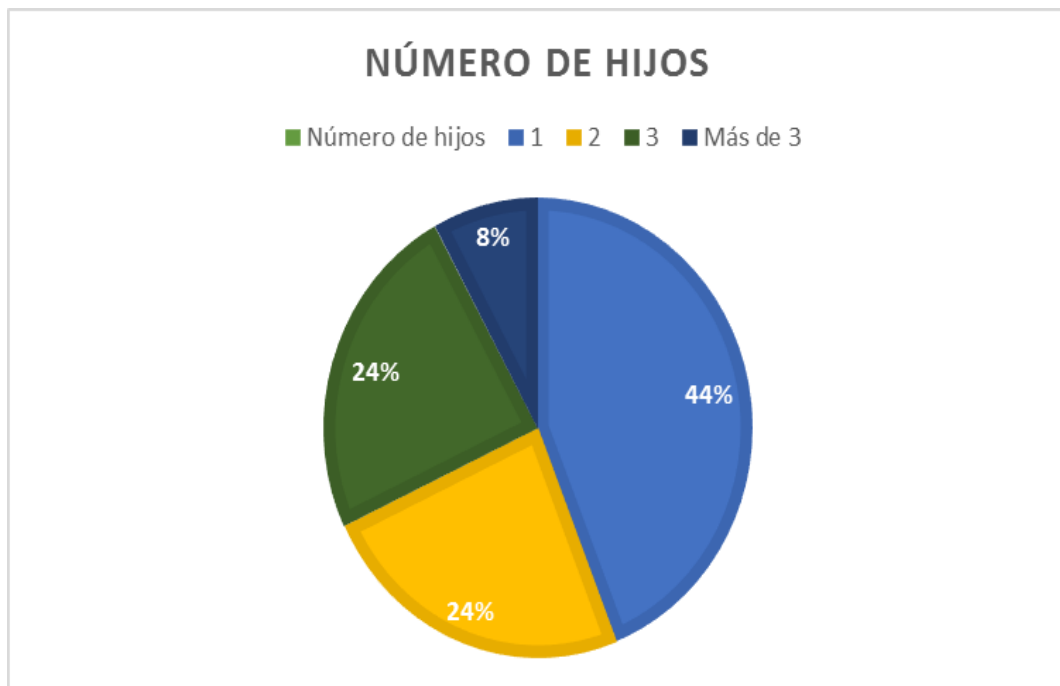
Gráfico 9. Descripción de la muestra: Número de Hijos

Gráfico 9. Porcentajes: Número de hijos de las madres