



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE PEDIATRÍA DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
“DR. SILVESTRE FRENK FREUND”

T Í T U L O

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO MATERNO Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE
ANSIEDAD EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR CON ENFERMEDAD MÉDICA CRÓNICA**

T E S I S

PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

PRESENTA:

DRA. DEISY SCARLETH BRITO CITALÁN

TUTOR:

DRA. ROCIO HINOJOSA VEGA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3603.
HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COFEPRIS 17 CI 09 015 042
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 032 2017121

FECHA Jueves, 08 de junio de 2023

Doctor (a) Rocío Hinojosa Vega

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Estrategias de afrontamiento materno y su relación con síntomas de ansiedad en niños de edad escolar con enfermedad médica crónica** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2023-3603-034

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) Rocío Cárdenas Navarrete
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3603

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Título

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO MATERNO Y SU RELACION CON SINTOMAS DE ANSIEDAD EN NIÑOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Identificación de los investigadores

DATOS DEL ALUMNO

| | |
|-----------------------------|---|
| Apellido paterno | Brito |
| Apellido materno | Citalán |
| Nombre | Deisy Scarleth |
| Teléfono | 2288266291 |
| Universidad | Universidad Nacional Autónoma de México |
| Facultad o escuela | Facultad de Medicina |
| Carrera/Especialidad | Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia |
| No. de Cuenta | 51821448-9 |
| Correo electrónico | scarlett.bc@live.com |

DATOS DE LOS TUTORES

| | |
|-------------------------|--|
| Tutor principal: | Dra. Rocío Hinojosa Vega Especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia Médico adscrito al servicio de Salud Mental en Hospital de Pediatria de Centro Médico Nacional Siglo XXI Teléfono: 55 56276900 Correo electrónico: roshv.459@gmail.com |
|-------------------------|--|

DATOS DE LA TESIS

| | |
|---------------------------|--|
| Título | ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO MATERNO Y SU RELACION CON SINTOMAS DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR CON ENFERMEDAD MÉDICA CRÓNICA |
| No. de páginas | 61 |
| Año | 2023 |
| Número de registro | R2023-3603-034 |

Dedicatoria

Para ti mamá.

Agradecimientos

A Dios.

A mi familia:

Salvador Brito y Hortencia Citalán, papás gracias por darme la vida y enseñarme a disfrutarla a través del amor y servicio al prójimo. Para ustedes siempre mi amor, gratitud y admiración.

A mi abuela Victoria, por tu hermosa fe que me cobija.

A mis hermanos Amaury y Moacyr, por los dulces recuerdos de nuestra infancia.

A mis sobrinos América, Amaury, Moacyr, Zaira, Paola y Josué. Que son luz en mi vida.

A Vladimir y Socorro, con profundo cariño.

A los pacientes y sus familias por permitirme el privilegio de atenderles.

A mis amigos

André Geoffroy, Fer Vasconcelos, Alex Urbieto, Jorge Flores, Hiram Suárez, Julio Oliveros, Fer Martínez, Enrique García Pabello, Cecilia Taboada Murrieta, David Hernandez, Carlos Mares. Hacen la vida especial.

A mis maestros de trayectoria académica especialmente:

Mtra Socorro Zavala, Dr. Luis Landeros, Dr. Gregorio Pérez, Dra. Irma Corlay, Dra. Patricia Morales, Dr. Jesús Favila y Mtro. Erich Fierro.

A todos mis profesores de Psiquiatría Infantil

Especialmente a la Dra. Rocio Hinojosa Vega, por su ejemplo de integridad, profesionalismo, disciplina, solidez y por su apoyo durante mi formación.

Dr. Alfredo Licona Martínez, por el espacio clínico invaluable que nos ofrece y su ejemplo de compromiso y dedicación incansable al servicio de los niños.

Dr. Leonel Jaramillo Villanueva, Dr. Israel Moreno y Dra. Jazmín García, por sus valiosas enseñanzas.

A mis compañeros de residencia:

Fernando, Carlos, Mariana, Christian, Karla, Elizabeth, Guadalupe y Julio. Por las experiencias, espacio y tiempo compartido.

Índice

| SECCIÓN | PÁGINA |
|--|--------|
| 1 Resumen | 7 |
| 2 Marco teórico | 8 |
| 3 Antecedentes | 22 |
| 4 Planteamiento del problema | 24 |
| 5 Justificación | 25 |
| 6 Pregunta de investigación | 26 |
| 7 Objetivos | 26 |
| 8 Hipótesis | 26 |
| 9 Material y métodos | 27 |
| 10 Criterios de selección | 27 |
| 11 Tamaño de la muestra y análisis estadístico | 28 |
| 12 Definición de variables | 32 |
| 13 Aspectos éticos y legales | 33 |
| 14 Aspectos de bioseguridad | 35 |
| 15 Recursos, financiamiento y factibilidad | 36 |
| 16 Resultados | 37 |
| 17 Discusión | 44 |
| 18 Conclusiones | 47 |
| 19 Limitaciones | 47 |
| 20 Referencias | 49 |
| 21 Anexos | 54 |

1. RESUMEN

Introducción: De acuerdo con la Clasificación de la Organización Mundial de la Salud, la edad escolar comprende de los 6 a los 11 años. Este periodo de la vida se caracteriza por demandas formales de aprendizaje y logros académicos a las que el niño hace frente y que se convierten en determinantes mayores para el desarrollo posterior de su personalidad. Durante dicha etapa las relaciones familiares y en especial el binomio formado por madre-hijo adquiere un papel importante para el desarrollo emocional y social del infante. Los trastornos de ansiedad son la psicopatología más prevalente en esta etapa de la vida y el riesgo de padecerla aumenta al doble cuando existe comorbilidad con una enfermedad médica crónica. En estas condiciones los pacientes suelen experimentar un aumento en la necesidad de cuidados de la madre, quien en nuestro medio suele cumplir el rol de cuidador primario del paciente. Pese al reconocimiento de la importancia dinámica de la madre respecto a su hijo, existe una falta de conocimiento en la evaluación de la relación que existe entre el afrontamiento materno y la presencia de síntomas de ansiedad en el paciente con enfermedad médica crónica, entendiéndose al afrontamiento como la predisposición personal para hacer frente a las situaciones de estrés, determinándose por las preferencias individuales en la elección de estrategias de afrontamiento y su uso temporal y situacional. **Objetivo:** Determinar la correlación entre estrategias de afrontamiento materno y la presencia de síntomas de ansiedad en los niños en edad escolar con diagnóstico de enfermedad médica crónica hospitalizados en el Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI. **Pacientes y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, de correlación y prospectivo, en pacientes escolares de 6 a 11 años de ambos sexos, en la unidad de hospitalización pediátrica del Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI con diagnóstico de enfermedad médica crónica y sus madres quienes se identificaron como cuidador primario. **Resultados:** Se encontraron correlaciones negativas y estadísticamente significativas de la ansiedad en los niños con las estrategias de afrontamiento materno ($r=-0.493$, $p<0.001$), apoyo social ($r=-0.412$, $p<0.001$), y reestructuración cognitiva ($r=-0.426$, $p<0.001$). Además de correlaciones positivas y estadísticamente significativas con la estrategia autocrítica ($r=0.218$, $p=0.029$), con evitación del problema ($r=0.398$, $p<0.001$), y con retirada social ($r=0.262$, $p=0.008$). **Conclusión:** Las estrategias de afrontamiento materno se correlacionan con los niveles de ansiedad en los niños con enfermedad médica crónica.

Palabras clave: Afrontamiento, ansiedad infantil, enfermedad médica crónica, escolares.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 El Afrontamiento

El estrés es la experiencia de encontrar o anticipar la adversidad en los esfuerzos relacionados a una meta individual. Se describe como la vivencia de un individuo sometido a demandas que percibe como excesivas respecto de sus recursos y que lo posicionan en peligro de perder el bienestar o la salud. Desde el punto de vista del modelo cognitivo de la emoción, no son las situaciones en sí las que provocan una reacción emocional sino la interpretación que el individuo realiza ante tales estímulos, así, de acuerdo con el modelo de Lazarus y Folkman inicialmente se lleva a cabo la valoración cognitiva primaria en la que se analizan las consecuencias que la situación tiene para el individuo, su objetivo es determinar si dicha situación ha de calificarse como desafiante o estresante, si es tal, el individuo realizará una valoración secundaria, con la finalidad de determinar los recursos de los que dispone para reducir o evitar las consecuencias negativas de la situación. Es la valoración secundaria la que hace alusión a la capacidad de afrontamiento entendido como un proceso biológico que se pone en marcha ante un entorno que se percibe amenazante (1,2,3).

El concepto y estudio del afrontamiento ha evolucionado en relación con el enfoque metodológico y contextual utilizado para su delimitación. Desde la perspectiva psicológica de Lazarus y Folkman, el afrontamiento se define como un conjunto de procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan como un esfuerzo dirigido a manejar demandas externas y/o internas que son específicamente evaluadas por el individuo como excedentes o desbordantes respecto a sus recursos (1).

La evolución teórica del concepto de afrontamiento y su definición dependiente de los instrumentos diversos diseñados para su medición conlleva a que su delimitación conceptual sea poco precisa. Algunos autores limitan el concepto de afrontamiento a las respuestas voluntarias reconocidas por las personas que las realizan, otros incluyen respuestas automáticas e involuntarias dentro del constructo, por lo que existen otras concepciones de afrontamiento en las cuales se le involucran tanto los esfuerzos psicológicos conscientes e inconscientes como los conductuales (3,4).

No obstante en el estudio del desarrollo histórico del concepto, los diferentes autores coinciden en una primera división del afrontamiento en dos grandes grupos: 1.- La respuesta o “afrontamiento” centrado en el problema y 2.- Afrontamiento centrado en la emoción.

El afrontamiento centrado en el problema busca su alteración para eliminar, evadir o disminuir el malestar o sus consecuencias negativas. Buscar información sobre el problema, visualizar las diferentes opciones de solución, planificar la estrategia de acción y la búsqueda de apoyo en otras personas, son estrategias psicológicas concretas vinculadas con este estilo.

El afrontamiento que se dirige hacia la regulación emocional tiene como objetivo la gestión de la emoción resultante para minimizar la angustia provocada por los factores estresantes. La búsqueda de empatía y comprensión, aceptación de la situación y búsqueda de aprendizaje de la situación negativa, son algunas estrategias específicas ligadas al afrontamiento centrado en la emoción (4,5).

El concepto de “estilo” hace referencia a la respuesta personal en las percepciones de amenaza, daño y pérdida de acuerdo con las propias habilidades de relación, valores, cultura, creencias y capacidades e influye en la elección individual de ciertas estrategias de afrontamiento. Cada individuo tiene un estilo que ha adoptado ya sea por aprendizaje o por hallazgo, para afrontar situaciones evaluadas como estresantes. El estilo de afrontamiento se define como la predisposición personal para hacer frente a las situaciones de estrés y determina las preferencias individuales en la elección de una u otra estrategia de afrontamiento y su uso temporal y situacional. Mientras que el estilo de afrontamiento tiene una disposición temporal estable y duradera en general ante la situación de estrés actual, las estrategias de afrontamiento son variables a lo largo de la vivencia del estresor (6).

La clasificación actual propuesta para los estilos de afrontamiento es dimensional. Según el “método utilizado” se puede dividir en: Afrontamiento activo, en el que se movilizan esfuerzos para los distintos tipos de solución; afrontamiento pasivo, en el que se espera que la situación cambie sin intervención, y afrontamiento evitativo que consiste en intentar evitar, huir de la situación y/o sus consecuencias. Una segunda categorización lo dimensiona en relación con la “focalización de la respuesta” dando lugar a tres tipos de afrontamiento: 1.- Focalizado en la evaluación de la situación, dirigido a modificar la evaluación inicial, es decir revalorar el conflicto. 2. Dirigido al problema, en el cual se busca alterar las condiciones responsables de la amenaza y 3.- Dirigido a la emoción, que busca dar solución a la respuesta emocional generada por la situación. De acuerdo con la “actividad movilizada” se identifican dos estilos de afrontamiento: 1.

Afrontamiento cognitivo, cuyos principales esfuerzos son de análisis, búsqueda de alternativas, anticipación de consecuencias, entre otros. 2. Afrontamiento conductual, conformado por comportamientos que de manera activa o pasiva buscan adaptarse a la situación (7,8,9).

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son todos los comportamientos y habilidades utilizadas por las personas para lidiar con las demandas del ambiente, que resultan en procesos concretos y contextuales aplicados que dependen de las condiciones desencadenantes del ambiente cambiante en situaciones de la vida diaria y en los períodos críticos. Se clasifican como estrategias de afrontamiento adaptativas o inadaptativas. Las primeras reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las segundas reducen el estrés a corto plazo pero afectan la salud a largo plazo. Fernández-Abascal identificó 18 principales estrategias de afrontamiento: reevaluación positiva, reacción depresiva, negación, planificación, conformismo, desconexión cognitiva, desarrollo personal, control emocional, distanciamiento, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, evitar el afrontamiento, resolver el problema, apoyo social emocional y respuesta paliativa (6). Tobin, et al. por su parte enuncian ocho estrategias de afrontamiento principales (resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social), las cuales reagrupa para formar subcategorías que corresponderían a estilos de afrontamiento: centrado en el problema o centrado en la emoción y adaptativo o no adaptativo. Sin embargo su propuesta no ha sido validada por otros autores, evidenciándose la dificultad metodológica para determinar con precisión cuales son las estrategias de afrontamiento que específicamente pueden ser enmarcadas en un estilo de afrontamiento (7-10).

Basándose en las preferencias de estrategias utilizadas, Endler y Parker dividen tres estilos de afrontamiento: Afrontamiento orientado a la tarea, afrontamiento orientado a la emoción y afrontamiento orientado a la evitación. Más tarde Roger, Jarvis y Najarian añaden un cuarto estilo de afrontamiento al que denominan “separación o independencia afectiva respecto del estresor” (14,15). En la tabla 1. Se resume la clasificación de los estilos de afrontamiento.

Tabla 1. Clasificación dimensional de los estilos de afrontamiento

| Dimensión evaluada | Estilo de afrontamiento |
|------------------------------------|---|
| De acuerdo con el método utilizado | <ul style="list-style-type: none"> • Pasivo • Activo • Evitativo |

| | |
|--|---|
| De acuerdo con la focalización de la respuesta | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la situación • Dirigido al problema • Dirigido a la emoción |
| De acuerdo con la actividad movilizada | <ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo • Conductual |
| De acuerdo con las estrategias utilizadas | <ul style="list-style-type: none"> • Orientado a la tarea • Orientado a la emoción • Orientado a la evitación • Separación o independencia afectiva |

El estudio del afrontamiento es fundamental para comprender la manera en la que el estrés afecta el funcionamiento de las personas. Se ha identificado que la forma de manejar el estrés reduce o amplifica los efectos de los eventos adversos de la vida e influye no solo en la angustia emocional a corto plazo, sino también en el funcionamiento a largo plazo, en la salud física y mental. (4,14) Los patrones identificables de afrontamiento o adaptación a los desafíos cotidianos han sido observados por una gran variedad de investigadores. Son las categorías básicas que capturan la respuesta real de las personas al estrés. Describen categóricamente lo que está sucediendo durante una situación difícil, tanto a nivel comportamental, cognitivo y perceptual como lo supone la enfermedad de un miembro de la familia y son determinantes para la respuesta al tratamiento, por lo que debe tomarse en cuenta incluso en la elección de la terapéutica a aplicar (16,17).

2.2 La ansiedad Infantil y los principales trastornos de ansiedad en la Infancia

La infancia y adolescencia es una etapa de riesgo para el desarrollo de síntomas y síndromes de ansiedad que pueden variar desde síntomas leves y transitorios hasta la presentación de trastornos completos (18).

El reconocimiento de la importancia epidemiológica de los trastornos de ansiedad infantil en los servicios de salud es relativamente reciente, en los últimos 20 años se ha evidenciado una gran expansión del cuerpo de conocimiento respecto a la ansiedad infantojuvenil, el interés vigente y los esfuerzos en investigación en el área se enfocan principalmente en los factores genético-ambientales, evaluación confiable, caracterización longitudinal para reconocimiento de factores asociados con peor evolución, comprensión de las interacciones entre pares,

telemedicina y avances en el tratamiento, coexistencia con depresión y continuidad de la ansiedad en la edad adulta (18,19).

La ansiedad es un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente (20). Se refiere a la respuesta del cerebro ante el peligro real o imaginado que detona una serie de estímulos que programan al organismo para la lucha o el escape. Esta respuesta cerebral es una emoción básica ya presente en la infancia y se manifiesta a través de un continuo que inicia desde una respuesta adaptativa permitiendo la respuesta ante la amenaza hasta la presentación de síntomas intensos que se cronifican y afectan el funcionamiento de los individuos (18,21).

La diferenciación entre ansiedad normal y patológica puede ser particularmente difícil en los niños pues estos manifiestan miedos y ansiedades normales como parte del desarrollo. Estos fenómenos pueden ser sumamente angustiosos, ocurren en la mayoría de los niños y son de características transitorias, por ejemplo, la angustia por la separación de la figura principal de apego que ocurre de manera normal entre los 12 y 18 meses. Este problema crea desafíos para distinguir entre estados de ansiedad propios del desarrollo, subclínicos y patológicos en niños. Otros retos en la evaluación corresponden a las dificultades para comunicar asociadas al nivel cognitivo, comprensión emocional, habilidades lingüísticas, etc. (21,22). En la tabla 2 se muestran las principales características de la ansiedad en relación con el desarrollo infantojuvenil.

A diferencia del abordaje diagnóstico de los trastornos de ansiedad en adultos, en la edad infantil conviene estudiar la ansiedad como un continuo dentro de los trastornos internalizantes abordando su naturaleza, fenomenología y aspectos neurobiológicos en relación con el neurodesarrollo (19).

Tabla 2. Ansiedad normal y miedos en la infancia y adolescencia

| Edad | Miedos y ansiedad condicionados por el desarrollo | Síntomas psicopatológicos | Trastorno de ansiedad |
|-------------|--|----------------------------------|------------------------------|
| 0-6 meses | -Miedo a la pérdida del contacto con los cuidadores primarios -Estímulos sensoriales relevantes | - | - |

| | | | |
|-------------|---|--|--|
| 6-8 meses | -Timidez/ansiedad ante extraños | - | Trastorno de ansiedad por separación. |
| 12-18 meses | -Ansiedad de separación | -Alteraciones en el sueño, ataques de pánico nocturnos, comportamiento oposicionista | Trastorno por ansiedad de separación. Ataque de pánico. |
| 2 a 3 años | -Miedos a los truenos y relámpagos, fuego, agua, oscuridad, pesadillas. -Miedo a los animales | -Llanto, aferrarse, retiro, congelamiento, escapar buscando seguridad y contacto físico, evitación de estímulos, terror nocturno, enuresis | Fobia específica (subtipo ambiental), trastorno de pánico. Fobia específica (animales) |
| 4 a 5 años | -Miedo a la muerte o a la gente muerta | - | Trastorno de ansiedad generalizada. Ataque de pánico. |
| 5-7 años | -Miedo a objetos específicos (animales, monstruos, fantasmas) -Miedo a gérmenes que ocasionen enfermedades graves -Miedo a desastres naturales, eventos traumáticos como quemarse, ser atropellado. -Ansiedad escolar. Ansiedad de desempeño | -Retiro, timidez extrema a personas no familiares y pares. Sentimientos de vergüenza | Fobia específica Trastorno obsesivo-compulsivo Fobia específica, trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada. |
| 12-18 años | -Rechazo por pares | -Miedo a la evaluación negativa | Trastorno de ansiedad social |

En los trastornos de ansiedad infantojuvenil podemos encontrar fenómenos nucleares, cada uno de los cuales tendrá especificaciones para dar la característica distintiva que resalte al diagnóstico, éstos son: evitación, anticipación de la amenaza y síntomas físicos asociados que reflejan aumento en la activación. La evitación puede manifestarse por: evitación manifiesta a situaciones, lugares o estímulos específicos, indecisión, incertidumbre, retraimiento o actividades ritualizadas. El factor detonante de la evitación otorgará la especificación diagnóstica. La anticipación a la amenaza se presenta en relación con una expectativa de ocurrencia de un evento peligroso o negativo. Puede manifestarse en forma de preocupación, rumiación, expectación ansiosa o pensamientos negativos. Por su parte los síntomas físicos de activación son poco específicos e incluyen: cefaleas, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, tensión

muscular y alteraciones en el sueño (19,23,24). El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5) incluye los siguientes trastornos de ansiedad: fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico y agorafobia, trastorno de ansiedad por separación y mutismo selectivo (25). Respecto a la Clasificación internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud en su décima revisión (CIE-10) capítulo V, los trastornos de ansiedad en la edad infantojuvenil se clasifican dentro del apartado “Trastornos del comportamiento y las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia” y se enumeran los siguientes: trastorno de ansiedad por separación en la infancia, trastorno de ansiedad fóbica de la infancia, trastorno de ansiedad generalizada de la infancia y mutismo selectivo (26).

Epidemiología

Las estimaciones de prevalencia de la ansiedad infantil varían de acuerdo con diferentes estudios, en relación con las cohortes elegidas, criterios diagnósticos e instrumentos de evaluación utilizados. En general, alrededor de 5% de los niños y adolescentes cumplen con criterios para un trastorno de ansiedad durante un periodo determinado en la población occidental (19). Datos sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en México indican que estos padecimientos son los trastornos mentales más comunes; en la población mexicana alrededor de 14-15% de los individuos presenta algún trastorno de ansiedad, y esta prevalencia llega hasta 18% en la población infantil y adolescente (27).

En la mayoría de los estudios, la prevalencia es más alta para las fobias específicas y moderada para la ansiedad de separación, ansiedad generalizada y fobia social. En la población general los trastornos de ansiedad son más comunes en mujeres que en los hombres. En la mayoría de los estudios poblacionales se estima que los padecen alrededor de 1.5 a 2 veces más las mujeres que los hombres. Existe alguna evidencia de que esta diferencia de género aparece muy temprano, desde los 5 años. En cambio en las muestras de pacientes que buscan tratamiento en sociedades occidentales, las distribuciones son más equivalentes e incluso incluyen un poco más a los hombres (19,23,24,27).

Edad de inicio.

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos de aparición más temprana y en la mayoría de los casos comienzan entre la segunda infancia y la adolescencia media. Es común que trastornos de ansiedad aparezcan dentro de un contexto de inhibición temperamental y timidez. Por lo tanto con frecuencia es difícil determinar exactamente cuando comienza el trastorno de ansiedad, sin embargo las estimaciones de edad promedio de inicio para los diferentes trastornos son los siguientes: fobia a los animales, se desarrolla en la primera infancia, entre los 6 a 7 años; trastorno de ansiedad por separación, de aparición en la primera a segunda infancia, entre los 7 a 8 años; trastorno de ansiedad generalizada que inicia regularmente hacia el final de la infancia, alrededor de los 10 a 12 años; trastorno de ansiedad social, aparece en la adolescencia temprana, entre los 11 y 13 años (19,24).

Características principales de los distintos trastornos de ansiedad infantojuvenil

Trastorno de ansiedad por separación

La ansiedad por separación es un fenómeno del desarrollo que surge antes de los 12 meses, y marca la conciencia de separación del niño de su madre o de su primer cuidador. Alcanza su punto máximo normativo entre los 9 y los 18 meses. Se diagnostica cuando aparece ansiedad excesiva e inadecuada desde el punto de vista del desarrollo, en relación con la separación de la figura principal de apego. La angustia a menudo puede manifestarse por presencia de sueños o pesadillas sobre la separación, negativa a enfrentar situaciones que impliquen separación, incluyendo dormir fuera de la casa, negativa a asistir a la escuela, visitar a amigos o familiares, quedarse en la casa solo o con cuidadores, preocupación por las consecuencias de la separación, entre ellos, temor a ser secuestrado o herido o que la figura de apego sea herida o asesinada mientras están separados y síntomas físicos cuando el niño prevee la separación, incluyendo vómitos, diarrea, dolores de estómago y pesadillas con temas relacionados a la separación (24,25).

Trastorno de ansiedad generalizada

Los niños con trastorno de ansiedad generalizada presentan malestar significativo respecto a situaciones de la vida diaria que consiste en una tendencia a preocuparse por una amplia gama de posibilidades negativas de que algo malo va a suceder. El infante puede presentar preocupación repetida y excesiva en varias áreas tales como las finanzas familiares, las

amistades, tareas escolares, rendimiento deportivo, salud propia y de la familia, así como cuestiones cotidianas y de menor importancia. Tienen inclinación por buscar repetidamente la protección de sus padres u otras personas por sus temores, evitan la novedad, las noticias negativas, situaciones inciertas, temen cometer errores y presentan síntomas físicos, insomnio e irritabilidad cuando están preocupados. Presentan tendencia a ser temerosos y esperan resultados negativos cuando enfrentan retos sociales o escolares (18,19,25).

Trastorno de ansiedad social

Se presenta miedo y evitación en las interacciones o desempeño social debido a la creencia de que serán examinados o humillados por los demás. La evitación se centra en las actividades sociales o situaciones que incluyen hablar o actuar delante de otros, conocer nuevos niños, hablar con figuras de autoridad como profesores, ser el centro de atención de cualquier manera, y en el caso de los adolescentes, miedo a las citas, presentan preocupación sobre la evaluación negativa de otros, incluyendo que otros piensen que son poco atractivos, estúpidos, desagradables, demasiado seguros de sí mismos o raros. Tienen un número limitado de amigos y dificultad para hacer amigos nuevos, presentan altos niveles de timidez y permanecen centrados en sí mismos. Este trastorno se caracteriza por ansiedad y malestar que se repiten en casi todas las situaciones sociales. Los niños deben experimentar la ansiedad en presencia de otros niños y no solo de adultos para que se diagnostique este trastorno (23,24,25).

Fobia específica

Estos trastornos se caracterizan por que el miedo y la evitación están dirigidos a una serie de señales específicas, situaciones u objetos. El miedo es irreprimible, persistente y difícil de vencer ante un estímulo o situación en concreto y solo aparece en presencia de ese estímulo. Existe la creencia común de que el objeto o situación producirá daños personales. Algunos miedos comunes en los niños incluyen: animales, oscuridad, ruidos fuertes y especialmente tormentas, payasos, máscaras o personas que tienen apariencia inusual, sangre, enfermedad o inyecciones. Es común que los niños afectados teman a más de un objeto o situación (19,23,25).

Trastorno de pánico y agorafobia

El ataque de pánico consiste en un ataque imprevisto de miedo o malestar que alcanza su máxima expresión en minutos y con al menos 4 de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblor, dificultad para respirar, mareo, escalofríos, calor, parestesias, sensación de ahogo, dolor torácico, náuseas, dolor abdominal, despersonalización, desrealización, miedo a

perder el control o a morir. En el trastorno de pánico el niño experimenta miedo a sufrir ataques de pánico inesperados, lo que implica comúnmente varios síntomas y miedos a morir o perder el control, se presentan varios síntomas somáticos que alcanzan un pico máximo con relativa rapidez y se prolongan por un periodo específico. Por lo menos algunos de los ataques ocurren inesperadamente. La agorafobia implica un temor irracional y evitación de varias situaciones “agorafóbicas” comúnmente debido al miedo de sufrir un ataque de pánico en esas situaciones. Consiste en la evitación de situaciones que puedan provocar los síntomas o sus consecuencias. Las situaciones agorafóbicas comunes incluyen lugares de los que es difícil escapar rápidamente como el transporte público, espacios cerrados, cines, peluquerías o tráfico intenso. Existe una frecuente dependencia a señales específicas que dan seguridad, comúnmente la figura de apego seguro (18,19,23).

Factores de riesgo y factores mantenedores

Los dos predictores más robustos para el desarrollo de trastorno de ansiedad en niños son: 1. Temperamento inhibido, el cual se caracteriza por una tendencia al retraimiento, evitación y respuesta de miedo ante situaciones novedosas, aumentando el riesgo a más de siete veces de presentar un trastorno de ansiedad respecto a la población general (19). 2. Tener un padre con un trastorno de ansiedad, que aumenta el riesgo dos veces más que en la población general (28).

Factores sociodemográficos

Existe cierta evidencia de que el bajo nivel socioeconómico podría ser un factor de riesgo para la ansiedad, pero los datos se entremezclan y el grado de riesgo resulta bajo. Algunas investigaciones sugieren que los primogénitos son más propensos a presentar ansiedad social, sin embargo los datos no son concluyentes. Otras características demográficas no predicen ansiedad. Por lo tanto los niños ansiosos no dependen del tamaño de su familia, el estado civil de los padres, el nivel educacional o la inteligencia (24,28).

Factores genéticos

Suficiente evidencia respalda la transmisión genética en la ansiedad. Parientes de primer grado de personas con trastornos de ansiedad tienen un riesgo significativamente mayor de presentar un trastorno de ansiedad así como del estado de ánimo. Los niños ansiosos son

considerablemente más propensos a tener padres con trastorno de ansiedad y adultos con trastorno de ansiedad más propensos a tener niños ansiosos. Una relación similar se produce con el temperamento relacionado con la ansiedad. Los adultos con trastornos de ansiedad son más propensos a tener hijos altamente inhibidos y los niños inhibidos son más propensos a tener padres con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Un hallazgo importante es que la transmisión familiar de la ansiedad parece ser específica, pues diversos estudios han demostrado que las personas con un trastorno de ansiedad en particular son más propensas a tener parientes de primer grado con el mismo trastorno que con otros trastornos de ansiedad.

Las estimaciones indican que alrededor del 40% de la varianza de los síntomas y trastorno de ansiedad está mediada por factores genéticos. Esta estimación es aún mayor si se considera la estabilidad de la ansiedad en el tiempo. Estudios de gemelos, familias y adopción sugieren tasas de heredabilidad de entre 25% y 50% para niños con síntomas de ansiedad. Existe cierta evidencia de que las estimaciones de heredabilidad del riesgo temperamental son ligeramente superiores. La investigación sobre los genes específicos que subyacen a los trastornos de ansiedad es menos extensa y hasta la fecha no existe evidencia que asocie cualquier gen individual específicamente con la ansiedad. Se han explorado muchos genes, siendo los más ampliamente estudiados los de la región promotora del gen transportador de serotonina (5HTTLPR), sin embargo los polimorfismos en este gen se han asociado con diferentes trastornos y es poco probable que pudiera desempeñar un papel específico en la ansiedad (19,23,24,28).

Factores temperamentales

El temperamento como factor de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad es probablemente el más estudiado y claramente establecido (27), se ha asociado una variedad de temperamento con la ansiedad de los niños, éste incluye: la inhibición del comportamiento, retraimiento, timidez y temor. Numerosas investigaciones han demostrado que los niños muy pequeños que son identificados como altamente inhibidos están en mayor riesgo de sufrir trastornos de ansiedad posteriores (19). Las características comunes de la inhibición incluyen: retraimiento frente a lo nuevo, niños con dificultades para confiar en extraños o pares, no sonríen, mantienen mucha proximidad con su figura de apego, no conversan, ejercen limitado contacto visual o evaden la mirada, no buscan explorar nuevas situaciones. Los niños que muestran esas características durante la edad preescolar son de dos a cuatro veces más propensos a reunir criterios para trastornos de ansiedad durante la niñez media y se ha demostrado que este aumento del riesgo continuará al menos hasta la adolescencia. Algunas evidencias también

indican que los infantes de 3 a 6 meses que muestran altos niveles de excitación y emotividad están en mayor riesgo de mostrar alta inhibición entre los 2 a 5 años (19,23,28).

Factores parentales y familiares

Añadido a la evidencia de los factores de herencia, se destacan los factores ambientales en el desarrollo de la ansiedad infantil. Dentro de los cuales los riesgos intrafamiliares tienen la mayor relevancia, a este respecto la investigación se ha centrado principalmente en el estilo de crianza, encontrándose relación con control o participación excesiva de los padres. Actualmente hay pocas dudas de que la crianza de niños ansiosos está caracterizada por sobreprotección, intrusismo y en menor medida negatividad. Las teorías argumentan que es probable que la relación padre e hijo refleje interacciones cíclicas, es decir los niños inhibidos son propensos a provocar la sobreprotección por parte de sus padres y a su vez es probable que la crianza sobreprotectora conduzca a mayor ansiedad, así mismo los padres ansiosos aumentan los riesgos de ansiedad en el hijo al moldearlo dentro de sus propios miedos y estrategias de afrontamiento. La investigación ha demostrado que los niños alrededor de 6 a 18 meses pueden aprender a temer y a evitar un nuevo estímulo mediante la observación de sus madres cuando ellas actúan de manera temerosa.

En los niños pequeños, el miedo a los extraños se ve incrementado por las señales de miedo manifestadas por la madre. En los niños de mayor edad se ha demostrado que la información transmitida verbalmente sobre el peligro puede aumentar el miedo a ciertas señales particulares. El abuso sexual, el maltrato físico y la violencia familiar se suman a los factores que pueden aumentar la ansiedad en los niños (19,24,28).

Eventos vitales

Existe poca evidencia sobre la evaluación de los eventos negativos en el desarrollo de la ansiedad infantil. La evidencia sugiere que los niños ansiosos reportan un mayor número de acontecimientos negativos en la vida y estos tienen un mayor impacto que en los niños sin trastornos de ansiedad. Sin embargo no queda claro si estos eventos necesariamente causan o desencadenen la ansiedad. De hecho, se han analizado los “eventos dependientes” que son aquellos que podrían ser el resultado directo de la conducta del niño, siendo posible que la ansiedad infantil conduzca a eventos más negativos de la vida tal vez debido a la preocupación y la evitación asociada con la ansiedad. Otros eventos específicos de la vida han sido objetos de especial atención como el acoso escolar y burlas. Existe evidencia considerable que los niños

ansiosos tienen más probabilidades de ser objeto de burlas y acoso escolar que los niños no ansiosos (19).

Sesgos cognitivos

Los sesgos cognitivos son un importante factor mantenedor en los trastornos de ansiedad infantil. Si bien las creencias y expectativas de amenaza forman parte de la gama sintomática, la evidencia sugiere que estas creencias de amenaza son mayores entre los niños ansiosos que entre los niños con otras psicopatologías y que disminuyen con un tratamiento exitoso. Investigaciones más recientes también se han enfocado en cómo los niños ansiosos procesan la información de las amenazas. Los niños ansiosos tienen tanto un sesgo en la atención hacia la amenaza como un sesgo para interpretar la información ambigua de una manera constantemente amenazante (18,19,22).

Evolución de los trastornos de ansiedad infantojuvenil

Los trastornos de ansiedad son una de las formas más estables de psicopatología y muestran relativamente poca remisión espontánea. Los niños ansiosos tienen mayor riesgo de desarrollar psicopatología comórbida durante la adolescencia y la edad adulta. Estudios longitudinales han demostrado que los niños ansiosos tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir trastornos de ansiedad y del ánimo en la adolescencia así como trastorno por uso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del ánimo y suicidio en la adultez (19,28).

2.3 El niño con enfermedad crónica

Los avances en las tasas de supervivencia de niños y adolescentes diagnosticados con una enfermedad crónica son significativos, sin embargo este periodo continúa siendo de alta vulnerabilidad para el desarrollo de efectos adversos relacionados con la enfermedad, el tratamiento o el desarrollo de comportamientos de salud desadaptativos (29).

Las enfermedades médicas físicas y los trastornos mentales a menudo coexisten sistemáticamente tanto en adultos como en niños (30). En un estudio reciente realizado en

adolescentes se reportó que hasta un 35% cumplieron criterios diagnósticos para al menos un trastorno mental y una enfermedad física. La ansiedad es el trastorno mental más encontrado en las series de pacientes con enfermedad médica. Además se ha sugerido que la combinación de enfermedad médica crónica y ansiedad está asociada a peores resultados en el pronóstico de la enfermedad física, por ejemplo debido a una peor adherencia a tratamiento (31).

La evidencia sugiere que los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas a menudo informan un aumento de la angustia psicológica que incluye niveles más altos de ansiedad y depresión, disminución de la actividad física, aumento de la fatiga y disminución de la calidad de vida (25). En un estudio que investiga las necesidades psicológicas de los sobrevivientes de cáncer, el 82% de los sobrevivientes expresaron tener al menos una preocupación relacionada con el comportamiento, la cognición y dominios emocionales; sin embargo, solo el 38% de estos pacientes fueron derivados y recibieron tratamiento. Estudios en pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia informan deterioro en el funcionamiento físico, social y académico (32).

Otros autores, han resaltado que los pacientes pediátricos diagnosticados con una enfermedad médica crónica informan angustia, disminución de la calidad de vida debido a la enfermedad, sensación de amenaza y seguridad reducida, sentimientos de pérdida de control, preocupaciones por la imagen corporal, disminución de la autoestima y sentido modificado de sí mismo, dificultades con las relaciones interpersonales, interrupciones académicas, aumento en el conflicto con los padres y sentido de independencia amenazado (33).

Se define como enfermedad médica crónica a todas aquellas condiciones médicas que tienen una duración de al menos seis meses, poseen un patrón recurrente o de deterioro y producen consecuencias que impactan en la calidad de vida (34).

Se sabe que los trastornos de ansiedad son las condiciones psiquiátricas más prevalentes en la infancia, duplicándose en los pacientes con enfermedad crónica además de asociarse con mayor deterioro funcional de lo que sería esperado para cada condición de manera aislada, si esta condición no es atendida, el trastorno de ansiedad puede persistir en la edad adulta y comprometer los resultados médicos a lo largo de la vida (35).

Cobham et al., realizaron una revisión sistemática para evaluar la asociación de la ansiedad con los resultados médicos en niños con condiciones médicas crónicas seleccionadas, encontrando evidencia de mayor prevalencia de ansiedad en niños y jóvenes con asma, diabetes

tipo 1, epilepsia, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis idiopática juvenil, cardiopatía congénita y enfermedad de células falciformes con estimaciones que oscilan entre el 20% y 50% (34).

Se ha puesto de manifiesto a la familia como un foco de atención que requiere investigación sobre la influencia que esta tiene en la presentación de síntomas en los niños. Específicamente, los padres de niños con enfermedades crónicas a menudo tienen dificultades para establecer límites y participan en prácticas permisivas para compensar las adversidades de los niños, lo que podría conducir a un mayor incumplimiento con el régimen terapéutico(34). En el caso de las familias de niños con diagnóstico oncológico se reconoce un especial proceso de duelo y pérdida relacionado con un afrontamiento específico de tipo dual, que identifica factores estresantes orientados tanto a la pérdida como a la restauración, siendo de tipo regulatorio, dinámico y oscilatorio mediante el cual el individuo a veces confronta y otras evita, considerándose como adaptativo, lo que difiere de lo observado en condiciones médicas crónicas que no cursan con un pronóstico limitante para la vida. (5,33)

Cierto grado de angustia en un entorno hospitalario es esperado y apropiado, distinguir entre la angustia normativa en comparación con la que justifica la intervención, es un desafío común para los médicos que trabajan con pacientes crónicos y/o críticos (35).

La relación entre la enfermedad psiquiátrica y las condiciones médicas es bidireccional. La identificación y tratamiento de la ansiedad determina mejorías en la calidad de vida, pudiéndose tomar medidas terapéuticas que mejoren la tolerancia a la incertidumbre, la flexibilidad cognitiva, el manejo del dolor y otros síntomas físicos (36).

1. ANTECEDENTES

Stoppelbein et al. en 2013, examinaron la relación entre el estilo de afrontamiento de los padres y el riesgo de síntomas de estrés postraumático en padres e hijos, en una población clínica de niños sobrevivientes a cáncer. Se evaluaron 111 niños entre 6 a 16 años. El análisis reveló que la estrategia de afrontamiento desadaptativa de uso de sustancias en los padres se relaciona significativamente con el trastorno de estrés postraumático infantil (37).

En 2014, Compas et al., evaluaron el estilo de afrontamiento de pacientes y presencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes y sus padres en una muestra clínica de niños con cáncer. Se evaluaron 153 niños y adolescentes de 5 a 17 años y a sus padres (297 madres y 161 padres). Las correlaciones bivariadas revelaron evidencia de asociaciones entre el afrontamiento de los niños con cáncer y su angustia emocional. El afrontamiento infantil de tipo control secundario se relacionó negativamente y el afrontamiento de desconexión se relacionó positivamente con los síntomas de ansiedad/depresión para las correlaciones niño-padre, niño-madre y madre-padre. Estos hallazgos proporcionan fuerte evidencia de la asociación entre el afrontamiento y la angustia emocional (38).

En 2017, Blanco et al. mediante un estudio de casos y controles, compararon la psicopatología materna, el funcionamiento familiar, las emociones expresadas y las habilidades de afrontamiento en las familias de niños con obesidad y niños con peso normal. Evaluaron a 50 madres de niños entre los 8 y 12 años con obesidad y un grupo control de 50 madres con hijos de peso normal. Encontraron que en las familias de niños con obesidad tenían diferencias significativas en los niveles de ansiedad-rasgo, crítica y sobreprotección y habilidades de afrontamiento desadaptativas. En este estudio se informó relación directa e indirecta significativa entre el IMC materno, la psicopatología materna, la emoción expresada y el afrontamiento materno que en su conjunto explicaron el 26.5% de la varianza de las puntuaciones del IMC de los niños. Teniendo en cuenta esta relación entre las variables maternas y el estado de peso del niño, concluyeron que los programas de intervención pueden enriquecerse si se enfocan en el IMC materno, la psicopatología, emociones expresadas y las habilidades de afrontamiento materno (39).

Shell et al. en 2021, en Alemania, llevaron a cabo el estudio aleatorizado controlado y multicéntrico CHIMPS (children of mentally ill parents), para investigar la asociación entre el afrontamiento de los padres con una enfermedad mental, y la salud mental de sus hijos. Se evaluaron 195 padres y 290 niños y adolescentes de edades entre los 4 y 18 años. Encontraron que el afrontamiento parental caracterizado por religiosidad y búsqueda de sentido fue significativamente asociado con menos síntomas de salud mental y menos probabilidades de un trastorno mental en los niños, mientras que un estilo de afrontamiento deprimido se relacionó con un aumento en los problemas de internalización en los niños. Concluyendo que las conductas de afrontamiento de los padres con enfermedad mental son un factor relevante para la salud mental de sus hijos y debe ser considerado en intervenciones preventivas (40).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, la edad escolar se comprende el lapso de los 6 a los 11 años de vida. La edad escolar o infancia intermedia se caracteriza por las demandas formales de aprendizaje y logros académicos a las que el niño hace frente y que se convierten en determinantes mayores del desarrollo posterior de su personalidad.

En este periodo de la vida, los trastornos psiquiátricos más comunes son los trastornos de ansiedad. El niño que vive con una enfermedad crónica tiene un riesgo aumentado hasta dos veces respecto de la población general, de padecer uno o más de estos trastornos.

La vivencia de la enfermedad a menudo requiere de cuidados auxiliares añadidos a los propiamente requeridos para la etapa del desarrollo. Estos cuidados, en nuestro medio hospitalario, son proporcionados principalmente por la madre. Aspectos dinámicos de la relación del binomio madre-hijo como el vínculo y la crianza han sido ampliamente estudiados y dimensionados en cuanto a su relación con el desarrollo moral y socioemocional infantil. Otros estudios se han llevado a cabo para determinar la influencia que ejerce el afrontamiento parental en el desarrollo de psicopatología en los hijos. No obstante, en nuestro medio hospitalario, nacional y latinoamericano no se habían llevado a cabo estudios en poblaciones clínicas de niños escolares con enfermedad médica crónica para evaluar la influencia del estilo de afrontamiento materno y la presencia de psicopatología en los pacientes.

Los trastornos de ansiedad constituyen el principal diagnóstico encontrado en los pacientes usuarios del servicio de Salud Mental de nuestro hospital, por lo que estudiar el rol del afrontamiento de las madres en el desarrollo de síntomas de ansiedad en los hijos fue imperativo para otorgar intervenciones integrales y estratégicas (41).

3. JUSTIFICACIÓN

Las actitudes y el ajuste psicológico de los padres durante la hospitalización de sus hijos son aspectos clave para la adherencia a tratamiento y el impacto de la enfermedad en el niño y en las familias, sin embargo pocos estudios se han realizado para determinar el rol que desempeña el afrontamiento de los padres en la adaptación del niño a su enfermedad.

Los niños con diagnósticos de enfermedad médica crónica se consideran una población vulnerable para el desarrollo de psicopatología, especialmente para la presentación de trastornos de ansiedad. El abordaje adecuado de estos trastornos en esta etapa de la vida es fundamental, pues la evidencia sugiere que los trastornos de ansiedad se encuentran dentro de los más estables a lo largo de la vida, con mayor riesgo de perpetuarse hacia la edad adulta y de continuar influyendo no solo en el deterioro funcional que ocasiona como síndrome psiquiátrico en sí, pero en su potenciación bidireccional respecto al empeoramiento de la enfermedad médica.

Un pilar importante de la investigación en esta área es el diseño de tratamientos e intervenciones cada vez más integrales que realmente modifiquen el curso de la enfermedad y mantengan los resultados positivos a largo plazo. En nuestro hospital, los trastornos de ansiedad son la primera causa de atención en el servicio de Salud Mental. Por lo tanto, el estudio de la relación que el afrontamiento materno desempeña en la psicopatología del paciente adquiere relevancia. Con la presente investigación se relacionaron las estrategias de afrontamiento materno con la presencia síntomas de ansiedad en nuestros pacientes, lo que puede contribuir en el diseño estratégico de intervenciones terapéuticas altamente individualizadas, integrales y que contribuyan a modificar factores mantenedores de ansiedad, mejoría de la adherencia al tratamiento y el bienestar familiar.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe correlación entre las estrategias de afrontamiento materno y la presencia de síntomas de ansiedad en los pacientes de 6 a 11 años, portadores de enfermedad médica crónica hospitalizados en el Hospital de Pediatría de CMNSXXI?

5. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la correlación entre las estrategias de afrontamiento materno y la presencia de síntomas de ansiedad en los niños en edad escolar con diagnóstico de enfermedad médica crónica hospitalizados en el Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas del binomio
- Describir el tipo de familia a la que pertenece el paciente
- Describir las estrategias de afrontamiento encontradas en las madres que tienen el rol de cuidador primario en nuestro medio hospitalario.
- Describir las enfermedades crónicas encontradas en pacientes de edad escolar en nuestro centro hospitalario

6. HIPÓTESIS

H0: No existe correlación entre estrategias de afrontamiento materno y la presencia de síntomas de ansiedad en los niños en edad escolar con diagnóstico de enfermedad médica crónica hospitalizados en el Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI.

H1: Existe correlación entre las estrategias de afrontamiento materno y la presencia de síntomas de ansiedad en los niños en edad escolar con diagnóstico de enfermedad médica crónica hospitalizados en el Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI.

7. MATERIAL Y METODOS

Diseño de estudio: Observacional

Tipo de estudio: Transversal, prospectivo, de correlación.

Lugar del estudio: UMAE Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frenk Freund” del. Centro Médico Nacional Siglo XXI

Universo y población de estudio: El estudio se llevó a cabo en pacientes escolares de 6 a 11 años de ambos sexos con diagnóstico de enfermedad médica crónica en internamiento en el Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI y sus madres quienes participaban como cuidador primario.

Plan de trabajo: Se solicitó el registro de pacientes en el reporte de censo diario del área de hospitalización pediátrica. Se identificaron los binomios que cumplían con criterios de inclusión y se procedió a informarles sobre el estudio, su naturaleza y el tipo de procedimiento clínico a seguir. En caso de aceptar, se procedió a la firma de consentimiento y asentimiento informado. Se realizó evaluación clinimétrica del binomio. Los datos recabados se ingresaron en una base de datos para su posterior análisis mediante el software estadístico para las ciencias sociales SPSS.

8. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

- a. Pacientes de 6 a 11 años de ambos sexos cuyo diagnóstico cumplió la definición de enfermedad médica crónica, internados en el área de hospitalización pediátrica en el Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI y sus madres quienes participaban como cuidador primario del paciente siendo mayores de 18 años.

Criterios de Exclusión

- a. Pacientes cuyo cuidador primario fue una persona diferente a la madre.
- b. Se excluyó el binomio cuando madre y/o hijo presentaban una condición médica que impedía la comprensión verbal necesaria para la evaluación clinimétrica por ejemplo: Delirium, Discapacidad intelectual y/o Demencia.
- c. Se excluyó el binomio cuando la madre del paciente rechazó la participación en el estudio.

- d. Se excluyó el binomio cuando el paciente tenía diagnóstico de enfermedad limitante para la vida.
- e. Se excluyó el binomio cuando el paciente tenía diagnóstico de enfermedad oncológica

Criterios de eliminación

- a. Madre y/o paciente quienes al iniciar el estudio decidieron no continuar participando en el mismo.
- b. Pacientes y/o madres que habiendo cumplido criterios de inclusión no pudieron completar la evaluación clinimétrica.

9. TAMAÑO DE LA MUESTRA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Tipo de muestreo: No aleatorio. No probabilístico de casos consecutivos.

Se calculó un tamaño de muestra de 85 binomios para una correlación esperada del 30% del tipo de afrontamiento materno y la presencia de síntomas de ansiedad en el paciente, así como una probabilidad alfa del 5% y una probabilidad beta de 20% (42).

Desviación normal estándar para a= $Z_a=1.96$

Desviación normal estándar para B= $Z_B=0.84$

Coefficiente de correlación esperado $r=0.30$ $C=0.5 \times \ln\left(\frac{(1+0.3)}{(1-0.3)}\right)=0.31$

Tamaño de la muestra: $N=[(Z_a+Z_B)/C]^2+3=85$

Para variables descriptivas se usarán medidas de tendencia central: media, mediana y cuántiles, para variables continuas y porcentajes de frecuencia para variables categóricas.

Para el análisis de correlación se utilizará la prueba estadística de correlación de Spearman.

Instrumentos

Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMASR-2)

Para la evaluación de los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes se utilizó la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños revisada en su segunda edición, la cual es una revisión completa

de la Escala de Ansiedad manifiesta en niños revisada (CMASR) también conocida como “Lo que pienso y siento”. Se trata de una prueba norteamericana adaptada a la población mexicana. Es uno de los cuestionarios más utilizados en la investigación de la ansiedad infantil. El instrumento es una medida breve de autoinforme, que ayuda a comprender y tratar problemas de ansiedad en niños de edad escolar. Esta escala refleja los cambios en las percepciones de los niños del siglo actual en cuanto a su experiencia sobre la ansiedad, al añadirse la escala de “Ansiedad social” y los ítems referidos a “ansiedad de desempeño”, pues actualmente los niños presentan mayor necesidad que antes de tener logros.

CMASR-2 supone una mejora a su antecesor en el cual se optimizaron aspectos que generaban confusión en quienes respondían la prueba. Se trata de un instrumento de autoinforme de 49 reactivos, diseñado para evaluar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños de entre 6 y 19 años. Genera puntuaciones para seis escalas. Una puntuación mide la “Actitud a la Defensiva”, otra las “Respuestas Inconsistentes” y las cuatro restantes brindan una puntuación de ansiedad total y puntuaciones para tres escalas relacionadas con la ansiedad: “Ansiedad Fisiológica”, “Inquietud” y “Ansiedad Social”. (Tabla 3.). El niño únicamente responde a las preguntas con “sí” o “no”. Las estimaciones de confiabilidad de las escalas tienen un valor de 0.92 para la puntuación total y valores en un rango de 0.75 a 0.86 para las puntuaciones escalares.

Tabla 3. Escalas con puntuación en el CMASR-2

| Escala | Número de reactivos |
|--|----------------------------|
| Escalas de validez | |
| INC. Índice de Respuestas inconsistentes | 9 |
| DEF. Defensividad | 9 |
| Escalas de ansiedad | |
| TOT. Ansiedad Total | 40 |
| FIS. Ansiedad Fisiológica | 12 |
| INQ. Inquietud | 16 |
| SOC. Ansiedad Social | 12 |

La subescala de Ansiedad Fisiológica está asociada con las manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades en el sueño, náusea o fatiga. La subescala de Inquietud está

asociada a una preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas relativamente vagas y mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional. La subescala de ansiedad social aborda los temores y expectativas críticas respecto al desempeño social y a la percepción de los otros. La prueba está estandarizada en México. (Anexo 1)

Los primeros 10 reactivos del CMASR-2 pueden aplicarse a manera de cuestionario abreviado para generar la puntuación de “Ansiedad Total” abreviada indicada como “FB-TOT”, con fines de investigación y cuando se realiza un rastreo en numerosos niños. Tres de los ítems pertenecen a la escala de “Ansiedad fisiológica”, cuatro de la de “Inquietud” y tres se obtienen de la escala de “Ansiedad social”. Los primeros diez reactivos del protocolo CMASR-2 se enlistan en la Tabla 4.

Tabla 4. Reactivos incluidos en la versión abreviada del CMASR-2

| Ansiedad Fisiológica (FIS) | |
|---|----|
| 1.Muchas veces siento asco o náuseas | 1 |
| 5.Tengo demasiados dolores de cabeza | 2 |
| 7. Algunas veces | 3 |
| Inquietud (INQ) | |
| 2.Soy muy nervioso | 4 |
| 3.Muchas veces me preocupa que algo malo me pase | 5 |
| 6.Me preocupa no agradarle a los otros | 6 |
| 8.La gente me pone nervioso | 7 |
| Ansiedad social (SOC) | |
| 4.Tengo miedo de que otros niños se rían de mí durante la clase | 8 |
| 9.Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas | 9 |
| 10.Tengo miedo de que los demás se rían de mí | 10 |

Con la finalidad de obtener un instrumento confiable y válido para la población mexicana se realizó la estandarización de la CMASR-2 siguiendo los procedimientos de aplicación y análisis de los reactivos con respecto a la puntuación total de ansiedad para evaluar la sensibilidad de estos en población infantil y juvenil. Asimismo se realizó un análisis de factores mediante las técnicas estadísticas tradicionales para estudiar el desempeño de los reactivos en cuanto a su homogeneidad y correlaciones con el objetivo de contar con un instrumento que evalúe ansiedad debidamente adaptado y con propiedades de confiabilidad y validez acordes con las características de niños y jóvenes mexicanos. Se consideró una muestra total de 2490 niños y jóvenes de ambos géneros 1311 mujeres y 1179 varones respectivamente. El análisis factorial

corroborar que en su totalidad los reactivos son sólidos y todos se conservaron. La estimación de confiabilidad para la muestra completa de CMASR-2 Estandarización Mexicana se enlistan en la tabla 5 (42).

Tabla 5. Estimación de confiabilidad para la muestra completa del CMASR-2 Estandarización Mexicana

| Escala | Alfa de Cronbach |
|-------------------------------------|------------------|
| Ansiedad total TOT | . 87 |
| Ansiedad fisiológica FIS | . 79 |
| Inquietud INQ | . 64 |
| Ansiedad social SOC | . 83 |
| Defensividad DEF | . 75 |
| Formulario breve de ansiedad FB TOT | . 66 |

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

El inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI por sus cifras en inglés (Coping Strategies Inventory) es el instrumento más aplicado a nivel mundial para la evaluación del afrontamiento. Fue desarrollado por Tobin y Reynolds en 1989 en su versión original en inglés. Está compuesto por tres estructuras jerárquicas: la estrategia primaria que se compone de ocho factores, cuatro secundarias y dos terciarias (7).

En 2007 fue adaptada por Cano et. al, para la población española, mostrándose importantes variaciones frente a la versión inglesa, entre las más importantes fue la reducción de 72 a 40 reactivos. De los 40 ítems factorizados, únicamente se confirma la estructura jerárquica primaria de la versión original de ocho factores primarios (8).

Nava et al en 2010 evaluaron la fiabilidad y validez en población mexicana con una muestra de 219 voluntarios de los cuales 31% fueron hombres y 69% mujeres, con un rango de edad de 17 a 34 años, obteniendo alfas que fluctuaron entre .70 y .86, siendo el promedio de .8125. En ningún caso aparecieron ítems que pusieran en riesgo la fiabilidad de la escala. No fue posible replicar el análisis factorial de segundo orden ni tercer orden. En la tabla 6 se muestran las tres estructuras jerárquicas de la versión original y los resultados de validez y confiabilidad en población mexicana. (10)

El CSI recoge dos tipos de información. Una fase cualitativa en la que el evaluado describe la situación estresante experimentada durante el último mes y una fase cuantitativa, que corresponde a un autoinforme en el que se pide a la persona responder a la frecuencia de utilización de estrategias de afrontamiento específicas con base a la situación estresante planteada, según la escala de Likert que va de 0 a 4; en donde 0 corresponde a “en absoluto”, 1 a “un poco”, 2 “bastante”, 3 “mucho” y 4 a “totalmente”. Para la realización del presente estudio se utilizará la escala de primer orden que evalúa ocho estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social.

Tabla 6. Jeraquías del CSI según Tobin 1989 y confiabilidad en población mexicana según Nava 2010.

| Estrategias de la estructura primaria | Estructura secundaria | Estructura terciaria | Validez en México. Alfa de Cronhbach |
|--|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Factor 1. Resolución de problemas RP | Manejo adecuado centrado en el problema RP + RC | Adaptativo y activo RP+RC+AS+EM | RP: 0.80 |
| Factor 2. Autocrítica AC | | | AC: 0.86 |
| Factor 3. Expresión emocional EM | Manejo adecuado centrado en la emoción AS + EM | Desadaptativo y pasivo EP+PD+RS+AC | EM: 0.86 |
| Factor 4: Pensamiento desiderativo PD | | | PD: 0.84 |
| Factor 5: Apoyo social AS | Manejo inadecuado centrado en el problema EP + PD | Desadaptativo y pasivo EP+PD+RS+AC | AS: 0.84 |
| Factor 6: Reestructuración cognitiva RC | | | RC: 0.82 |
| Factor 7: Evitación de problemas EP | Manejo inadecuado centrado en la emoción RS + AC | | EP: 0.70 |
| Factor 8: Retirada social RS | | | RS: 0.78 |

10. DEFINICION DE VARIABLES

Tabla 7. Operacionalización de las variables de estudio

| Variable | Definición operacional | Tipo de variable | Escala | Unidades |
|-------------|--|------------------|-------------------|----------------|
| Sexo | La totalidad de las características de la estructura reproductiva, funciones, fenotipo y genotipo que diferencian a los hombres de las mujeres | Cualitativa | Nominal | Hombre/Mujer |
| Edad | Del latín aetas, -atis. Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que | Cuantitativa | Continua de razón | Años cumplidos |

| | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------|---------|--|
| | nació. Número de años cumplidos de los participantes. | | | |
| Grado máximo de estudio | Nivel máximo de estudios obtenido por el participante. (Primaria, secundaria, bachillerato, técnico superior universitario, licenciatura, posgrado) | Cualitativa | Ordinal | Grado máximo de estudio |
| Estrategias de afrontamiento | Comportamientos y habilidades utilizadas por las personas para lidiar con las demandas del ambiente, que resultan en procesos concretos y contextuales aplicados que dependen de las condiciones desencadenantes del ambiente cambiante en situaciones de la vida diaria y en los períodos críticos. | Cualitativa | Nominal | Resolución de problemas Autocrítica Expresión emocional Pensamiento desiderativo Apoyo social Reestructuración cognitiva Evitación de problemas Retirada social |
| Síntomas de ansiedad | Definidos de acuerdo con la puntuación <i>T</i> de la subescala de ansiedad total FB-TOT del instrumento CMASR2 como: Puntuación <i>T</i> 71 y mayor en la subescala Ansiedad Total de del instrumento CMASR-2 Puntuación <i>T</i> 61-70 en la subescala Ansiedad Total del instrumento CMASR-2 Puntuación <i>T</i> 40-60 en la subescala de Ansiedad Total del instrumento CMASR-2 Puntuación <i>T</i> de 40 o menor en la subescala de Ansiedad Total CMASR-2 | Cualitativa | Ordinal | Ansiedad extremadamente problemática Ansiedad moderadamente problemática No más problemática que el promedio Ansiedad menos problemática que el promedio |

11. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Para proceder a la realización de éste estudio se solicitó su aprobación por el Comité de Ética de Centro Médico Nacional Siglo XXI. Éste estudio se llevó a cabo de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de Salud, en su Título

III, Capítulo III, artículo 41 bis, fracción II y el Título Quinto. Capítulo único, Artículo 100 y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en el Título II, Capítulo I, Artículos 13, 14, 16 y 17. El presente trabajo se apegó a las normas éticas de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y sus encomiendas sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia en junio de 1964 y enmendada por la 64ª Asamblea General, en Fortaleza, Brasil en octubre de 2013. En este trabajo se cumple con lo estipulado en el Código de Nuremberg pues se respeta la autonomía del sujeto participante el cual puede tomar la decisión voluntariamente para participar en el estudio, así como poder retirarse del mismo en el momento en el que la madre como representante de los intereses de su menor hijo y como cuidadora primaria lo decida, así mismo se respetó el Informe de Belmont pues se considera que cumplió con los cuatro principios éticos universales: beneficencia y no maleficencia, principio de autonomía y principio de justicia.

Información al paciente y consentimiento informado.

A cada sujeto que se le propuso participar en el estudio, se le entregó un documento escrito denominado "Consentimiento informado" (Anexo 3), para el caso de las madres, y una carta de Asentimiento Informado (Anexo 4) en el caso de los pacientes. Ambos documentos redactados con un vocabulario que permitió que su contenido fuese comprensible para los participantes. El investigador informó al paciente y a la madre sobre el estudio, la naturaleza voluntaria de su participación y que no supone ningún cambio ni en su tratamiento ni en su atención médica respecto a los que recibiría en caso de no participar. Los investigadores resolvieron la totalidad de las dudas que los participantes presentaron. Los participantes en el estudio y/o su tutor legal pudieron revocar en cualquier momento el consentimiento para la utilización de sus datos en el análisis, sin expresión de causa y sin que por ello se derive para él responsabilidad ni perjuicio alguno.

Evaluación de riesgo beneficio

Esta investigación tuvo ningún riesgo para la integridad física o moral de los participantes. Se consideró una investigación de riesgo mínimo de acuerdo con el artículo 17 y los párrafos I a III del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos, Capítulo I de Disposiciones Comunes que declaran a los estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios, pues en el presente estudio se recabaron únicamente datos sociodemográficos, datos propios de las condiciones clínicas a examinar y la realización de

escalas para recolectar variables de características psicológicas y psiquiátricas. El beneficio que obtuvo el paciente fue la contribución al aumento del conocimiento en este campo de la salud mental, lo que puede coadyuvar en mejoras en la práctica clínica, así mismo, el paciente y su madre como cuidador primario tuvieron una evaluación para la determinación de síntomas de ansiedad en los niños y estrategias de afrontamiento de la madre, por lo que todos los pacientes que fueron detectados con síntomas de ansiedad recibieron una valoración completa en el servicio de Salud Mental de éste hospital.

Confidencialidad de los datos

Todos los datos de identificación de los sujetos participantes así como los datos clínicos recabados fueron manejados con estricta confidencialidad. Cada expediente/caso tuvo una clave numérica desde el inicio de su participación y no se registró el nombre de los participantes ni el número de seguridad social de los mismos. El paciente no es identificable en ningún caso si los resultados de este estudio de investigación se presentan en reuniones científicas o publicaciones. La información recopilada se utilizó exclusivamente para fines académicos y de investigación. Los investigadores se comprometieron a registrar y procesar los datos de manera fidedigna y correcta. Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos del estudio, solo tuvieron acceso los investigadores Dra. Rocío Hinojosa Vega y Dra. Deisy Scarleth Brito Citalán. Los datos se mantienen resguardados por la investigadora principal Dra. Rocío Hinojosa Vega en su computadora personal y por un período de cinco años a partir de la culminación de la tesis y aprobación del alumno a su cargo. Los formatos de recolección de datos y las escalas aplicadas fueron destruidos inmediatamente después de ser capturados en la base de datos electrónica. El presente estudio se inició hasta que se contó con la aprobación del Comité de Ética.

Conflictos de interés

Para este estudio no existió conflicto de interés por parte de los investigadores.

12. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

La elaboración de esta investigación no requirió de manejo ni transporte de materiales biológicos, infectocontagiosos, cepas patógenas de bacterias o parásitos ni virus de cualquier tipo. No incluyó manejo de material radiactivo de cualquier tipo; animales y/o células y/o

vegetales genéticamente modificados; sustancias tóxicas, peligrosas o explosivas; ni cualquier otro material que conllevara riesgo para la salud o integridad física del personal o el paciente.

13. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Los recursos humanos necesarios para la elaboración de esta investigación consistieron en un investigador principal, a cargo de la Dra. Rocío Hinojosa Vega, quien cuenta con gran experiencia en el ámbito de la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en el área especializada de Paidopsiquiatría de Enlace, área en la cual se encuentra ubicada la patología a investigar. Siendo además líder en la enseñanza de la Paidopsiquiatría al desempeñarse como profesor adjunto del curso de subespecialización. Su participación en este estudio consistió en la supervisión metodológica así como en la capacitación al investigador secundario para la evaluación de la patología estudiada y la aplicación de los instrumentos. Participó en el análisis estadístico de la información y en la supervisión de la redacción del trabajo final.

Investigador secundario: Residente de segundo año de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia quien cuenta con formación de especialidad en Psiquiatría. Dra. Deisy Scarleth Brito Citalán, quien participó en la aplicación de instrumentos de evaluación clinimétrica en los pacientes y madres de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio y aceptaron la participación en el estudio mediante la firma de consentimiento informado así como la recolección de los datos obtenidos. Participó en el análisis estadístico de la información y elaboró el trabajo final.

Para la realización de este protocolo de investigación no se requirió financiamiento. Se utilizaron los recursos físicos disponibles en la infraestructura actual del centro hospitalario: Oficina de trabajo de médicos en el departamento de Salud Mental de este hospital y un equipo de cómputo para recabar los datos. Por lo que se considera un estudio factible, al contar con los recursos materiales y humanos necesarios, así como los casos de pacientes que se esperan reclutar en la muestra, al tratarse de un centro de referencia de tercer nivel.

14. RESULTADOS

En el presente estudio se evaluaron 100 binomios de los cuales 53% correspondieron a binomios madre-hija. La edad materna media encontrada fue de 34.5 ± 6.6 años. En cuanto al estado civil 39% eran casadas, 33% vivían en unión libre y 20% eran solteras. La edad materna al momento del diagnóstico de su hijo tuvo una media de 30.1 ± 7.3 años. El nivel de estudios más reportado fue nivel “preparatoria” con 35%. El 55% de las madres estaban dedicadas a las labores del hogar, un 73% eran católicas y el 53% eran cuidadoras primarias exclusivas de su hijo mientras que el 47% recibían apoyo de al menos un cuidador secundario. La tabla 8 muestra los datos sociodemográficos de la madre. No se encontraron diferencias significativas entre grupos de madres por sexo del hijo. Cuando se agruparon por el apoyo recibido en el cuidado del hijo, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la edad materna, edad materna al momento del diagnóstico, escolaridad, religión o estado civil. Sin embargo en la variable “ocupación” se encontró una mayor proporción de cuidador exclusivo para madres que se dedicaban a labores del hogar. Por último en el grupo de cuidador exclusivo consecuentemente las madres pasan mas horas al día y mas días a la semana dedicadas al cuidado de su hijo.

Tabla 8. Datos sociodemográficos de la madre.

| Variable | Total n = 100 | Niños n=47 | Niñas n=53 | P |
|---------------------------------|------------------|---------------|---------------|-----|
| Edad | 34.5 ± 6.6 | 34.7 ± 6.9 | 34.4 ± 6.3 | 0.8 |
| - Edad al diagnóstico | 30.1 ± 7.3 | 30.4 ± 7.5 | 31.3 ± 7.1 | 0.5 |
| Estado civil | | | | 0.7 |
| - Soltera | 20 | 11 (23.4) | 9 (17.0) | |
| - Unión libre | 33 | 14 (29.8) | 19 (35.8) | |
| - Casada | 39 | 17 (36.2) | 22 (41.5) | |
| - Divorciada | 6 | 4 (8.5) | 2 (3.8) | |
| - Viuda | 2 | 1 (2.1) | 1 (1.9) | |
| Escolaridad | | | | 0.7 |
| - Primaria | 11 | 4 (8.5) | 7 (13.2) | |
| - Secundaria | 32 | 16 (34.0) | 16 (30.2) | |
| - Preparatoria | 35 | 18 (38.3) | 17 (32.1) | |
| - Licenciatura | 22 | 9 (19.1) | 13 (24.5) | |
| Ocupación | | | | 0.5 |
| - Profesionista | 11 | 3 (6.4) | 8 (15.1) | |
| - Empleada | 17 | 10 (21.3) | 7 (13.2) | |
| - Comerciante | 3 | 1 (2.1) | 2 (3.8) | |
| - Labores del hogar | 55 | 25 (53.2) | 30 (56.6) | |
| - Técnica | 14 | 8 (17.0) | 6 (11.3) | |
| Religión | | | | 0.7 |
| - Católica | 73 | 35 (74.5) | 38 (71.7) | |
| - Cristiana | 22 | 9 (19.1) | 13 (24.5) | |
| - Agnóstica | 5 | 3 (6.4) | 2 (3.8) | |
| Cuidadora exclusiva (sí) | 53 | 26 (55.3) | 27 (50.9) | 0.6 |

| | | | | |
|--|------------|------------|------------|-----|
| - Horas al día dedicadas al cuidado | 10.6 ± 4.5 | 11.0 ± 4.5 | 10.3 ± 6.0 | 0.4 |
| - Días por semana dedicados al cuidado | 6.8 ± 0.6 | 6.7 ± 0.7 | 6.8 ± 0.5 | 0.3 |

Tabla 9. Diferencias sociodemográficas entre cuidador primario.

| Variable | Exclusivo n=53 | Con apoyo n=47 | P |
|---|-------------------|-------------------|-------|
| Edad | 33.9 ± 6.4 | 35.2 ± 6.8 | 0.33 |
| - Edad al diagnóstico | 29.9 ± 6.9 | 32 ± 7.5 | 0.16 |
| Estado civil | | | |
| - Soltera | 11 (20.8) | 9 (19.1) | 0.9 |
| - Unión libre | 16 (30.2) | 17 (36.2) | |
| - Casada | 21 (39.6) | 18 (38.3) | |
| - Divorciada | 4 (7.5) | 2 (4.3) | |
| - Viuda | 1 (1.9) | 1 (2.1) | |
| Escolaridad | | | |
| - Primaria | 7 (13.2) | 4 (8.5) | 0.8 |
| - Secundaria | 17 (32.1) | 15 (31.9) | |
| - Preparatoria | 19 (35.8) | 16 (34.0) | |
| - Licenciatura | 10 (18.9) | 12 (25.5) | |
| Ocupación | | | |
| - Profesionista | 2 (3.8) | 9 (19.1) | |
| - Empleada | 6 (11.3) | 11 (23.4) | |
| - Comerciante | 2 (3.8) | 1 (2.1) | |
| - Labores del hogar | 38 (71.7) | 17 (36.2) | 0.004 |
| - Técnica | 5 (9.4) | 9 (19.1) | |
| Religión | | | 0.09 |
| - Católica | 36 (76.6) | 37 (69.8) | |
| - Cristiana | 11 (23.4) | 11 (20.8) | |
| - Agnóstica | - | 5 (9.4) | |
| Horas al día dedicadas al cuidado | 11.9 ± 4.3 | 9.2 ± 4.4 | 0.003 |
| Días por semana dedicados al cuidado | 6.9 ± 0.3 | 6.6 ± 0.8 | 0.002 |

Respecto a los datos sociodemográficos del paciente, la media de edad fue de 9.0 ± 1.9 años, 23% de los pacientes no acuden a la escuela en el momento de la evaluación y solo 3% no inició proceso de escolarización. El 38% de los pacientes tenían una posición filial como hijo menor en la familia. La mediana de edad de diagnóstico fue de 6 (1 – 8), se destaca que los niños fueron diagnosticados de manera mas temprana que las niñas ($p < 0.02$) y han vivido con el diagnóstico por más tiempo ($p < 0.02$). No se encontraron diferencias para la edad, escolaridad, ocupación y posición filial en los niños evaluados.

Tabla 10. Datos sociodemográficos del paciente.

| Variable | Total n = 100 | Niños n=47 | Niñas n=53 | P |
|-----------------------------------|------------------|---------------|---------------|------|
| Edad | 9.0 ± 1.9 | 8.8 ± 2.0 | 9.1 ± 1.9 | 0.5 |
| - Edad al diagnóstico | 6 (1 – 8) | 4 (0.6 – 8) | 7 (4 – 9) | 0.02 |
| - Años de vida con el diagnóstico | 3 (1 – 6) | 5 (1 – 7) | 3 (1 – 5) | 0.02 |

| | | | | |
|------------------------|----|-----------|-----------|-----|
| Escolaridad | | | | |
| - No escolarizado | 3 | 2 (4.3) | 1 (1.9) | 0.5 |
| - Primaria privada | 19 | 7 (14.9) | 12 (22.6) | |
| - Primaria pública | 78 | 38 (80.9) | 40 (75.5) | |
| Ocupación | | | | |
| - No estudiante | 23 | 8 (17) | 15 (28.3) | 0.2 |
| - Estudiante | 77 | 39 (83) | 38 (71.7) | |
| Posición filial | | | | |
| - Único | 24 | 13 (27.7) | 11 (20.8) | 0.8 |
| - Menor | 38 | 18 (38.3) | 20 (37.7) | |
| - Intermedio | 16 | 6 (12.8) | 10 (18.9) | |
| - Mayor | 22 | 10 (21.3) | 12 (22.6) | |

Se evaluaron las características de las familias de los 100 binomios estudiados, 64% de las cuales tuvieron una estructura biparental, 31% monoparental materna y 5% reconstituídas. Las familias monoparentales eran de tipo extensas en un 74.2% mientras que las biparentales fueron de tipo nuclear en un 57.2% representando una diferencia de proporciones significativas ($p=0.012$). La proporción de familias monoparentales con un solo hijo fue significativamente superior a las familias biparentales (45.2% vs 15.6%, $p=0.01$). No se encontraron diferencias en cuanto al aporte económico y tipo de población entre las familias biparentales y monoparentales. Respecto a la agrupación por sexo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la variable de población ($p=0.04$) entre niños y niñas que viven en área rural.

Tabla 11. Datos sociodemográficos de la familia

| Variable | Total n = 100 | Niños n=47 | Niñas n=53 | P |
|----------------------------|------------------|---------------|---------------|-------|
| Estructura familiar | | | | |
| - Monoparental (madre) | 31 | 17 (36.2) | 14 (26.4) | 0.6 |
| - Biparental | 64 | 28 (59.6) | 36 (67.9) | |
| - Reconstituída | 5 | 2 (4.3) | 3 (5.7) | |
| Tipo de familia | | | | |
| - Nuclear | 48 | 20 (42.6) | 28 (52.8) | 0.3 |
| - Extensa | 52 | 27 (57.4) | 25 (47.2) | |
| Población | | | | |
| - Rural | 13 | 10 (21.3) | 3 (5.7) | 0.047 |
| - Semiurbano | 23 | 8 (17.0) | 15 (28.3) | |
| - Urbano | 64 | 29 (61.7) | 35 (66.0) | |
| Aporte económico | | | | |
| - Mixto | 48 | 20 (42.6) | 28 (52.8) | 0.3 |
| - Madre | 12 | 8 (17.0) | 4 (7.5) | |
| - Padre | 40 | 19 (40.4) | 21 (39.6) | |
| Número de hijos | | | | |
| - Uno | 24 | 13 (27.7) | 11 (20.8) | 0.7 |
| - Dos | 41 | 19 (40.4) | 22 (41.5) | |
| - Más de 2 | 35 | 15 (31.9) | 20 (37.7) | |

Tabla 12. Comparación de acuerdo con la estructura familiar

| Variable | Monoparental n=31 | Biparental n=64 | Reconstituida n=5 | P |
|--------------------------|----------------------|--------------------|----------------------|-------|
| Tipo | | | | 0.012 |
| - Nuclear | 8 (25.8) | 37 (57.8) | 5 | |
| - Extensa | 23 (74.2) | 27 (42.2) | - | |
| Soporte económico | | | | 0.4 |
| - Mixto | 17 (54.8) | 26 (40.6) | 5 (100) | |
| - Madre | 11 (35.5) | 1 (1.6) | - | |
| - Padre | 3 (9.7) | 37 (57.8) | - | |
| Tipo de población | | | | 0.06 |
| - Rural | 3 (9.7) | 10 (15.6) | - | |
| - Semi-urbana | 7 (22.6) | 16 (25.0) | - | |
| - Urbana | 21 (67.7) | 38 (59.4) | 5 (100) | |
| Número de hijos | | | | 0.01 |
| - Uno | 14 (45.2) | 10 (43.8) | - | |
| - Dos | 10 (32.3) | 28 (43.8) | 3 (60) | |
| - Más de dos | 7 (22.6) | 26 (40.6) | 2 (40) | |

Se evaluó la condición médica crónica de los pacientes al momento de su ingreso a la unidad de internamiento del hospital. Las tablas 14 y 15 detallan el tipo de enfermedad y diagnóstico respectivamente. Se observa que el 16% de los pacientes tenían diagnóstico crónico relacionado con una enfermedad gastrointestinal, 14% nefrológica y 13% neurológica. Cabe destacar que una de cada 5 niñas tenía una enfermedad nefrológica.

Tabla 13. Tipo de enfermedad crónica encontrada en los pacientes escolares en la unidad de internamiento pediátrico

| Tipo de enfermedad | Total n = 100 | Niños n=47 | Niñas n=53 |
|----------------------|------------------|---------------|---------------|
| Gastrointestinal | 16 | 7 (14.9) | 9 (17) |
| Nefrológica | 14 | 3 (6.4) | 11 (20.8) |
| Neurológica | 13 | 7 (14.9) | 6 (11.3) |
| Hematológica | 11 | 7 (14.9) | 4 (7.5) |
| Cardiovascular | 10 | 6 (12.8) | 4 (7.5) |
| Pulmonar | 10 | 5 (10.6) | 5 (9.4) |
| Endocrinológica | 5 | 2 (4.3) | 3 (5.7) |
| Reumatológica | 6 | 2 (4.3) | 4 (7.5) |
| Ortopédica | 5 | 3 (6.4) | 2 (3.8) |
| Inmunológica | 2 | | 2 (3.8) |
| Maxilofacial | 2 | 2 (4.3) | |
| Otorrinolaringología | 2 | 2 (4.3) | |
| Urológica | 2 | 1 (2.1) | 1 (1.9) |
| Ginecológica | 1 | | 1 (1.9) |
| Infeciosa | 1 | | 1 (1.9) |

Tabla 14. Diagnóstico crónico principal

| Diagnóstico | Total n = 100 | Niños n=47 | Niñas n=53 |
|--|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Enfermedad renal crónica | 10 | 2 (4.3) | 8 (15.1) |
| Malformación congénita de cámaras cardíacas y de grandes vasos | 8 | 6 (12.8) | 2 (3.8) |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 7 | 6 (12.8) | 1 (1.9) |
| Secuelas de abdomen quirúrgico | 7 | 2 (4.3) | |
| Epilepsia | 4 | 4 (8.5) | |
| Fibrosis quística | 4 | | 4 (7.5) |
| Púrpura | 4 | 1 (2.1) | 3 (5.7) |
| Diabetes mellitus 1 | 3 | | 3 (5.7) |
| Discrasias sanguíneas autoinmunes | 3 | 2 (4.3) | 1 (1.9) |
| Lupus eritematoso sistémico | 3 | | 3 (5.7) |
| Osteomielitis | 3 | 2 (4.3) | 1 (1.9) |
| Síndrome nefrótico | 3 | | 3 (5.7) |
| Asma bronquial | 2 | 1 (2.1) | 1 (1.9) |
| Cirrosis hepática | 2 | 1 (2.1) | 1 (1.9) |
| Craneofaringeoma | 2 | | 2 (3.8) |
| Enfermedad inflamatoria intestinal | 2 | 1 (2.1) | 1 (1.9) |
| Hemofilia | 2 | 2 (4.3) | |
| Secuelas de enfermedad vascular cerebral | 2 | 1 (2.1) | 1 (1.9) |
| Síndrome de intestino corto | 2 | 1 (2.1) | 1 (1.9) |
| Agenesia renal unilateral | 1 | 1 (2.1) | |
| Anemia aplásica | 1 | 1 (2.1) | |
| Anemia hemolítica | 1 | | 1 (1.9) |
| Colecistitis litiasica crónica | 1 | 1 (2.1) | |
| Deficiencia de hormona de crecimiento | 1 | 1 (2.1) | |
| Dermatomiositis | 1 | 1 (2.1) | |
| Displasia pulmonar | 1 | 1 (2.1) | |
| Enfermedad por reflujo gastroesofágico | 1 | 1 (2.1) | |
| Estenosis traqueal | 1 | 1 (2.1) | |
| Hiperplasia suprarrenal congénita | 1 | 1 (2.1) | |
| Hipertensión portal | 1 | | 1 (1.9) |
| Inmunodeficiencia combinada | 1 | | 1 (1.9) |
| Insuficiencia cardíaca | 1 | 1 (2.1) | |
| Neumopatía crónica por aspiración | 1 | 1 (2.1) | |
| Neurofibromatosis tipo 1 | 1 | 1 (2.1) | |
| Neutropenia congénita | 1 | 1 (2.1) | |
| Pancreatitis crónica | 1 | | 1 (1.9) |
| Polimiositis | 1 | 1 (2.1) | |
| Quiiste ovárico | 1 | | 1 (1.9) |
| Rabdomioma cardíaco | 1 | | 1 (1.9) |
| Raquitismo | 1 | | 1 (1.9) |
| Reflujo vesicoureteral | 1 | 1 (2.1) | |
| Secuelas de encefalitis | 1 | | 1 (1.9) |
| Secuelas meningitis bacteriana | 1 | | 1 (1.9) |
| Síndrome Hiper IgE | 1 | | 1 (1.9) |
| Tuberculosis ósea | 1 | | 1 (1.9) |
| Vejiga neurogénica | 1 | | 1 (1.9) |

Respecto a los síntomas de ansiedad en los niños, se obtuvo que el 40% se clasificaron como “*menos problemática que el promedio*”. El 31% en “no más problemática que el promedio”, 17% se encontraron como “*ansiedad moderadamente problemática*” y finalmente el 12% presentaron “*ansiedad extremadamente problemática*”. En la tabla 16 se observa que en el grupo de niños la mayor frecuencia se observó en la categoría de “*menos problemática*”

que el promedio” con el 48.9% mientras que en el grupo de las niñas la mayor frecuencia se observó en la categoría de “no más problemática que el promedio” con el 34.0%, sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad entre niños y niñas ($p=0.236$).

Tabla 15. Nivel de ansiedad expresada CMASR-2 FB TOT

| Ansiedad | Total n = 100 | Niños n=47 | Niñas n=53 | P |
|-------------------------------------|------------------|---------------|---------------|-------|
| No más problemático que el promedio | 31 | 13 (27.7) | 18 (34.0) | 0.236 |
| Menos problemático que el promedio | 40 | 23 (48.9) | 17 (32.1) | |
| Moderadamente problemático | 17 | 5 (10.6) | 12 (22.6) | |
| Extremadamente problemático | 12 | 6 (12.8) | 6 (11.3) | |

Las estrategias de afrontamiento de las madres se midieron mediante percentilas, la estrategia que mostró una media mayor fue *Retirada social* (cRS) con 64.3 ± 30.3 , seguido de *Pensamiento desiderativo* (cPD) con 59.5 ± 27.7 . Las estrategias con menor media fueron *Evitación del problema* (cEP) con 31.6 ± 30.2 , seguido de *Reestructuración cognitiva* (cRC) con 44.4 ± 27.7 . No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias de las percentilas de las diferentes estrategias de afrontamiento evaluadas entre las madres de niños y niñas.

Tabla 16. Estrategias de afrontamiento CSI de las madres.

| | Total n = 100 | Niños n=47 | Niñas n=53 | P |
|-----|------------------|-----------------|-----------------|-------|
| cRP | 56.3 ± 33.9 | 62.5 ± 33.3 | 50.8 ± 33.8 | 0.085 |
| cAC | 54.0 ± 24.3 | 51.9 ± 24.9 | 55.8 ± 23.7 | 0.423 |
| cEE | 59.0 ± 27.1 | 60.3 ± 26.8 | 57.9 ± 27.6 | 0.673 |
| cPD | 59.5 ± 27.7 | 56.6 ± 29.2 | 62.0 ± 26.3 | 0.333 |
| cAS | 51.4 ± 32.8 | 55.0 ± 33.3 | 48.2 ± 32.4 | 0.303 |
| cRC | 44.4 ± 30.1 | 48.6 ± 29.2 | 40.6 ± 30.6 | 0.182 |
| cEP | 31.6 ± 30.2 | 28.7 ± 28.8 | 34.3 ± 31.4 | 0.354 |
| cRS | 64.3 ± 30.3 | 65.5 ± 30.4 | 63.3 ± 30.4 | 0.713 |

Se analizaron las correlaciones del nivel de ansiedad de los hijos y las estrategias de afrontamiento de las madres. Se encontraron correlaciones negativas y estadísticamente significativas de la ansiedad con “*Resolución del problema*” cRP ($r=-0.493$, $p<0.001$), con “*Apoyo social*” cAS ($r=-0.412$, $p<0.001$), y con “*Reestructuración cognitiva*” cRC ($r=-0.426$,

p<0.001), es decir, entre mayores sean las percentilas en esas estrategias de afrontamiento de las madres, se encontrarán menores niveles de ansiedad en los hijos.

Además, se encontraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas de la ansiedad con “Autocrítica” cAC (r=0.218, p=0.029), con “Evitación del problema” cEP (r=0.398, p<0.001), y con “Retirada social” cRS (r=0.262, p=0.008), es decir, entre mayores sean las percentilas en estas estrategias de afrontamiento de las madres, se encontrarán también mayores niveles de ansiedad en los hijos. Aunque se encontraron correlaciones positivas entre los niveles de ansiedad y las estrategias “Expresión emocional” cEE (r=0.115) y “Pensamiento desiderativo” cPD (r=0.066), éstas correlaciones no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 17. Correlaciones de Spearman entre el nivel de ansiedad de los hijos y las estrategias de afrontamiento de las madres

| | | Ansiedad | cRP | cAC | cEE | cPD | cAS | cRC | cEP | cRS |
|-----------------|-----------------------------|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Ansiedad | Coefficiente de correlación | 1.000 | -.493** | .218* | .115 | .066 | -.412** | -.426** | .398** | .262** |
| | Sig. (bilateral) | . | .000 | .029 | .256 | .513 | .000 | .000 | .000 | .008 |
| | N | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | | 1.000 | -.543** | -.062 | -.287** | .656** | .503** | -.580** | -.485** |
| | | | . | .000 | .538 | .004 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| | | | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | | | 1.000 | .164 | .467** | -.493** | -.336** | .421** | .466** |
| | | | | . | .102 | .000 | .000 | .001 | .000 | .000 |
| | | | | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | | | | 1.000 | .250* | -.096 | -.031 | .189 | .119 |
| | | | | | . | .012 | .342 | .758 | .060 | .238 |
| | | | | | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | | | | | 1.000 | -.270** | -.307** | .264** | .335** |
| | | | | | | . | .007 | .002 | .008 | .001 |
| | | | | | | | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | | | | | | | 1.000 | .406** | -.471** | -.576** |
| | | | | | | | . | .000 | .000 | .000 |
| | | | | | | | | 100 | 100 | 100 |
| | | | | | | | | 1.000 | -.254* | -.318** |
| | | | | | | | | . | .011 | .001 |
| | | | | | | | | | 100 | 100 |
| | | | | | | | | | 1.000 | .648** |
| | | | | | | | | | . | .000 |
| | | | | | | | | | | 100 |
| | | | | | | | | | | 1.000 |
| | | | | | | | | | | . |

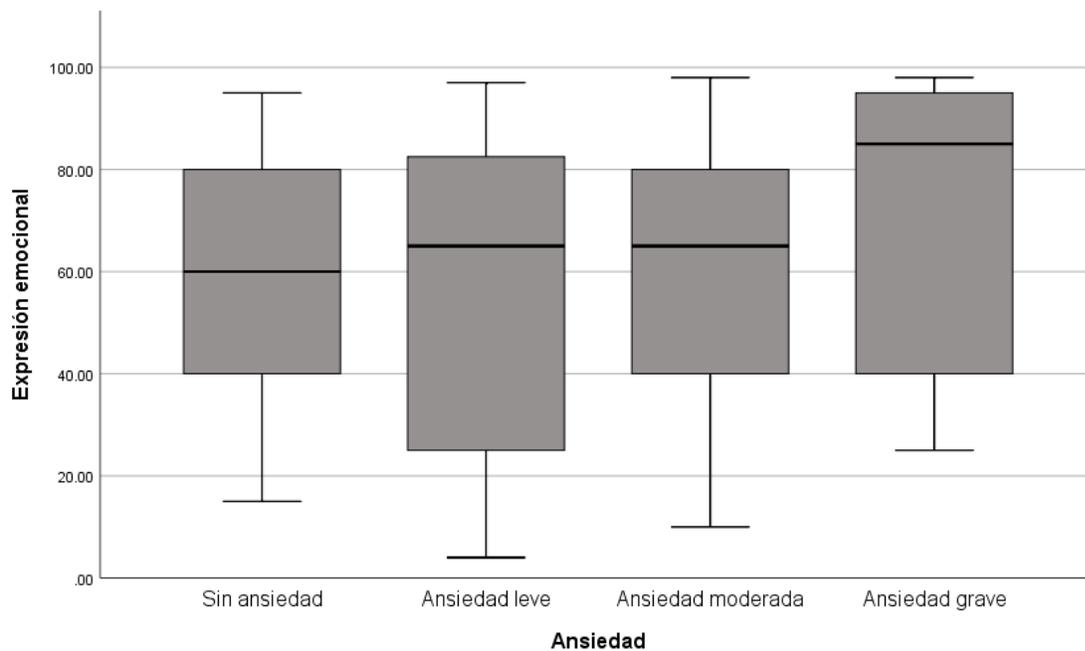
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). RP: Resolución del problema, AC: Autocrítica, EE: Expresión emocional, PD: Pensamiento desiderativo, AS: apoyo social, RC: Reestructuración cognitiva, EP: Evitación del problema, RS: Retirada social

Se realizó comparación entre los niveles de ansiedad para determinar el comportamiento de las medias en los percentiles de la estrategia “expresión emocional” la cual no mostro

correlación con los niveles de ansiedad en las correlaciones de Spearman. Aunque la media del percentil en expresión emocional fue mayor en las mamás cuyos hijos presentaron ansiedad grave con 71.3 en comparación con ansiedad moderada (57.8), leve (55.6) o sin ansiedad (58.5), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias de los percentiles de expresión emocional entre los niveles de ansiedad ($p=0.395$). Gráfico 1.

Gráfico 1.



15. DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó el binomio madre-hijo para determinar la relación que existe entre el afrontamiento materno y la presencia de síntomas de ansiedad en los niños. La muestra estudiada reunía a niños con enfermedad médica crónica de al menos 6 meses de evolución en edad escolar. Encontramos características sociodemográficas importantes en nuestra población, por ejemplo, el 22% de las madres tenían una formación profesional pero solo el 11% se desempeñaba como profesionala, como consecuencia encontramos mayor número de madres profesionalas que reciben apoyo (9%) contra un 2% de profesionalas que no reciben apoyo en el rol de cuidador primario de su hijo. Por corolario se identifica que las madres que no cuentan

con apoyo tuvieron diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo de madres que reciben apoyo. Estudios sugieren que las madres de niños con alguna condición crónica son más propensas al desarrollo de enfermedades físicas y mentales especialmente ansiedad y depresión así como disminución en el desarrollo profesional (44).

En las últimas décadas los niños con enfermedades crónicas experimentan un ascenso en los años de sobrevivencia con la enfermedad, el impacto de su diagnóstico en múltiples esferas de su funcionamiento ha sido reportado en estudios previos, en el presente estudio, se identifica que el 23% de los niños estudiados no acudía a la escuela en el ciclo actual debido a su condición médica (45).

La enfermedad crónica de un miembro de la familia supone una crisis para ese sistema, por la ruptura de la homeostasis familiar que inicia un proceso de cambio y adaptación a la nueva situación que atraviesa por diferentes etapas cada una de las cuales tiene necesidades de atención y acompañamiento específico. Es importante el conocimiento del tiempo en años vividos con el diagnóstico, el número de hijos, la estructura familiar y el aporte económico familiar así como el acceso en distancia a los servicios de salud, para realizar intervenciones integrales con mayor dirección hacia los factores de riesgo. En nuestro estudio las familias se constituyeron principalmente por madre y padre convivientes en familias extensas, en medio urbano y con más de 2 hijos. El aporte económico principal fue mixto. Se evidencia una diferencia significativa en las familias monoparentales nucleares y monoparentales extensas a favor de las últimas, podría suponerse que las madres solteras experimentan una mayor dificultad para lograr la independencia de sus familias u otros grupos de apoyo para poder llevar a cabo la crianza de su hijo. Existe un mayor porcentaje de familias biparentales en zonas rurales respecto a las biparentales urbanas, quizá por los estilos de vida menos modernizados (46).

Respecto a la enfermedad crónica, la más encontrada en esta muestra fue la gastrointestinal seguida de la nefrológica y neurológica. Los principales diagnósticos encontrados son enfermedad renal crónica, malformaciones congénitas y deformidades, secuelas de abdomen quirúrgico, epilepsia, fibrosis quística, púrpura, diabetes mellitus, discrasias sanguíneas autoinmunes, lupus eritematoso sistémico, osteomielitis, síndrome nefrótico y asma bronquial. Estos datos difieren sobre estudios de prevalencia en poblaciones no hospitalizadas (47), en el caso de nuestro estudio se tomó en cuenta el diagnóstico crónico sin considerar la causa aguda que llevó a la hospitalización, lo que puede ser un condicionante de las diferencias en los hallazgos, aún así, la enfermedad renal aguda, el asma bronquial y la diabetes mellitus aparecen en ambas series en pacientes ambulatorios y hospitalizados.

En cuanto al afrontamiento materno, las estrategias más usadas fueron: “retirada social” y “*Pensamiento desiderativo*”. La primera hace referencia a una estrategia centrada en el problema y la segunda, centrada en la emoción, ambas son ubicadas por los autores del instrumento aplicado como parte del grupo “manejo inadecuado del estrés”, sin embargo ninguna de las dos se correlacionó significativamente con los síntomas de ansiedad en los niños, podría considerarse que la población de madres estudiadas presentan “*Retirada social*” y “*Pensamiento desiderativo*” como parte del fenómeno psicosocial que representa para ellas el estado de salud de su hijo al momento de la evaluación (8,10).

Respecto a los síntomas de ansiedad en los niños, encontramos que el 40% presentan síntomas “*menos problemáticos que el promedio*”, éste punto de corte es considerado por los autores del instrumento aplicado como libre de ansiedad y clínicamente se traduce como niños que no presentaron ansiedad (42). El 31% de los niños, presentaron ansiedad “*no más problemática que el promedio*”, sugiriendo que clínicamente cursaban con ansiedad leve. El 17% y 12% presentaron niveles clínicamente considerados como ansiedad moderada y grave respectivamente. Estos resultados concuerdan con otros estudios que evalúan la ansiedad en el paciente pediátrico con enfermedad crónica (29,48).

El análisis de correlación mostró que las estrategias de afrontamiento en la madre “*resolución del problema*”, “*Reestructuración cognitiva*” y “*Apoyo social*” se relacionaron con menores niveles de ansiedad en los niños. Mientras que la “*Autocrítica*”, la “*Evitación del problema*” y la “*Retirada social*” se relacionaron con mayores niveles de ansiedad en los niños. Las primeras tres estrategias son consideradas en la literatura como parte de un afrontamiento adecuado y adaptativo, mientras que las últimas tres se consideran parte de un afrontamiento con manejo inadecuado del estrés y pobremente adaptativo. Por su parte el pensamiento desiderativo y la expresión emocional, fueron parte de las estrategias no correlacionadas con los niveles de ansiedad, mientras la primera se considera parte de un afrontamiento inadecuado, la segunda se integra dentro de estrategias adecuadas ante el estrés, sin embargo en nuestra población estudiada probablemente el pensamiento desiderativo relacionado con la situación de salud del hijo y la expresión emocional de la madre respecto al hijo, tengan un efecto diferente en la fenomenología de la ansiedad del menor.

16. CONCLUSIONES

- 1.- Las estrategias de afrontamiento materno se correlacionan con los niveles de ansiedad en los niños con enfermedad medica crónica de los binomios estudiados, teniendo "*Resolución del problema*", "*Apoyo social*" y "*Reestructuración cognitiva*" una correlación negativa y "*Autocrítica*", "*Evitación del problema*" y "*retirada social*" una correlación positiva.
- 2.- Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las madres en este estudio fueron "*Retirada social*" seguido de "*pensamiento desiderativo*", relacionadas ambas probablemente con la situación psicosocial que la madre experimenta respecto el estado de salud de su hijo.
- 3.- Las estrategia menos utilizadas fueron "*Evitación del problema*" y "*Reestructuración cognitiva*" que al relacionarse con la situación vital del binomio, se podría suponer una dificultad para evitar hacer frente al problema y en el segundo caso, para moldear o cambiar el pensamiento negativo.
- 4.- Las familias que conforman los binomios son principalmente de estructura biparental extensa, residen en medio urbano y tienen más de dos hijos. En el caso de las familias biparentales extensas maternas se encuentran en su mayoría en familias extensas con diferencia estadísticamente significativa. Solo el 50% de las cuidadoras primarias se dedica a actividad profesional. El 23% de los niños estudiados no acude actualmente al ciclo escolar en curso a causa de la enfermedad.
- 4.- Las enfermedades crónicas descritas concuerdan con lo reportado por otros autores pero no en orden de frecuencia debido a que la presente evaluación se realizó en el momento de ingreso hospitalario y no en pacientes ambulatorios.

17. LIMITACIONES

El afrontamiento como constructo de medición compleja dificulta el diseño de un instrumento y metodología que logre aislar el fenómeno. Pocos estudios se han realizado para medir la probable influencia entre el afrontamiento materno y la psicopatología de los niños, en el actual estudio se logra correlación significativa entre seis estrategias, pero la generalización de los resultados es limitada pues al momento de la evaluación los niveles de ansiedad pudieran haberse afectado con la condición de ingreso hospitalario. Además se observa que en esta población estudiada los fenómenos psicosociales relacionados a la enfermedad crónica del niño como la zona de procedencia, los tratamientos médicos, el estado

de la enfermedad del hijo, pudieran ser condicionantes de retirada social, pensamiento desiderativo y reestructuración cognitiva para la madre. Por lo que es probable que se requiera un instrumento de afrontamiento adaptado a esta población.

18. REFERENCIAS

1. Cognitive Stress Theory. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer
2. Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
3. Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(2), 139–157. <https://doi.org/10.1007/BF00844267>
4. Everly, G.S. (1989). A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response. Nueva York: Plenum Press.
5. Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death studies*, 23(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
6. Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En Fernández-Abascal, E.G., Palmero F., Chóliz, M. y Martínez, F. (Eds.) *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
7. Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV, Kigal JK. The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognit Ther Res* 1989;13:343-61.
8. Cano Gracia, F, J; Rodríguez Franco, L.; García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Española de Psiquiatría*. España. 35(1):29-39.
9. Rubio, Laura; Dumitrache, Cristina; Cordón-Pozo, Eulogio; Rubio-Herrera, Ramona. (2016). Psychometric Properties of the Version of the Coping Strategies Inventory (CSI) in Older People. *Revista Anales de Psicología*, 2016. 32, (2), mayo. 355- 365
10. Nava Quiroz, Carlos; Ollua Méndez, Patricia; Vega Valero, Cynthia; Soria Trujano, Rocio. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una Replicación. *Psicología y Salud*; 20 (2); 213-220. Julio-diciembre 2010.
11. Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*, 129(2), 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
12. Moos, R.H. y Billings, A.G. (1986). Conceptualizing and measuring coping resource and processes. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press.

13. Feuerstein, M., Labbe, E. y Kuczmierczyk, A. (1986). *Health Psychology: A Psychobiological Perspective*. New York: Plenum Press.
14. Endler, N.S. y Parker, J.D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.
15. Roger, D., Javis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
16. L. E., Harwood, T. M., Kimpara, S., Verdirame, D., & Blau, K. (2011). Coping style. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 176–183. <https://doi.org/10.1002/jclp.20752>
17. Beutler, L. E., & Moos, R. H. (2003). Coping and coping styles in personality and treatment planning: introduction to the special series. *Journal of clinical psychology*, 59(10), 1045–1047. <https://doi.org/10.1002/jclp.10196>
18. Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric clinics of North America*, 32(3), 483–524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
19. Rapee RM. Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención (Irrázaval M, Stefan MT, trad.). En Rey JM (ed), Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes, 2016.
20. Cía, A.H. La ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico. (2nd ed.). Buenos Aires: Polemos; 2007
21. Pine DS, Helfinstein SM, Bar-Haim Y, et al. Challenges in developing novel treatments for childhood disorders: lessons from research on anxiety. *Neuropsychopharmacology* 2009;34(1):213–28.
22. Kendall PC, Hedtke KA, Aschenbrand SG. Behavioral and emotional disorders in adolescents. Nature, assessment and treatment. In: Wolfe DA, Mash EJ, editors. *Anxiety disorders*. New York: Guilford Press; 2006. p. 259–99.
23. Creswell, C., Waite, P., & Hudson, J. (2020). Practitioner Review: Anxiety disorders in children and young people - assessment and treatment. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 61(6), 628–643. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13186>
24. Doyle M. M. (2022). Anxiety Disorders in Children. *Pediatrics in review*, 43(11), 618–630. <https://doi.org/10.1542/pir.2020-001198>
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edn. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013

26. O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
27. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *BJPsych*. 2007; (190): 521-8.
28. Lawrence, P.J., Waite, P., & Creswell, C. (2019). Environmental factors in the development and maintenance of anxiety disorders. In S.N. Compton, M.A. Villabo & H. Kristensen (Eds.), *Pediatric anxiety disorders* (pp. 101–124). Amsterdam: Elsevier
29. Rohan, J. M., & Verma, T. (2020). Psychological Considerations in Pediatric Chronic Illness: Case Examples. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1644. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051644>
30. Tegethoff M, Belardi A, Stalujanis E, Meinlschmidt G. Association between mental disorders and physical diseases in adolescents from a nationally representative cohort. *Psychosom Med*. 2015;77:319-332.
31. Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Jane Costello E, Foley DL, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48:1174-1183.
32. Choo, C.C.; Chew, P.K.; Tan, P.; Choo, J.Q.; Choo, A.M.; Ho, R.C.; Quah, T.C. Health-Related Quality of Life in Pediatric Patients with Leukemia in Singapore: A Cross-Sectional Pilot Study. *Int. J. Environ. Res. Public. Health* 2019, 16, 2069.
33. Evan, E.E.; Zeltzer, L.K. Psychosocial dimensions of cancer in adolescents and young adults. *Cancer: Interdiscip Int. J. Am. Cancer Soc*. 2006, 107, 1663–1671.
34. Cobham, V. E., Hickling, A., Kimball, H., Thomas, H. J., Scott, J. G., & Middeldorp, C. M. (2020). Systematic Review: Anxiety in Children and Adolescents With Chronic Medical Conditions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(5), 595–618. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.10.010>
35. Gandhi B, Cheek S, Campo JV. Anxiety in pediatric medical settings. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21:643-653
36. Nibras S, Kentor R, Masood Y, Price K, Schneider NM, Tenenbaum RB, Calarge C. Psychological and Psychiatric Comorbidities in Youth with Serious Physical Illness. *Children (Basel)*. 2022 Jul 14;9(7):1051. doi: 10.3390/children9071051. PMID: 35884035; PMCID: PMC9316756.

37. Stoppelbein, L., Greening, L., & Wells, H. (2013). Parental coping and posttraumatic stress symptoms among pediatric cancer populations: tests of competing models. *Psycho-oncology*, 22(12), 2815–2822. <https://doi.org/10.1002/pon.3358>
38. Compas, B. E., Desjardins, L., Vannatta, K., Young-Saleme, T., Rodriguez, E. M., Dunn, M., Bemis, H., Snyder, S., & Gerhardt, C. A. (2014). Children and adolescents coping with cancer: self- and parent reports of coping and anxiety/depression. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(8), 853–861. <https://doi.org/10.1037/hea0000083>
39. Blanco, M., Sepulveda, A. R., Lacruz, T., Parks, M., Real, B., Martin-Peinador, Y., & Román, F. J. (2017). Examining Maternal Psychopathology, Family Functioning and Coping Skills in Childhood Obesity: A Case-Control Study. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 25(5), 359–365. <https://doi.org/10.1002/erv.2527>
40. Sell, M., Radicke, A., Adema, B., Daubmann, A., Kilian, R., Stiawa, M., Busmann, M., Winter, S. M., Lambert, M., Wegscheider, K., Plass-Christl, A., & Wiegand-Grefe, S. (2021). Parents With Mental Illness: Parental Coping Behavior and Its Association With Children's Mental Health. *Frontiers in psychiatry*, 12, 737861. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.737861>
41. Informe Estadístico de Labores del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Servicio de Salud Mental. 2022.
42. CMASR-2. Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada-2. Cecil R. Reynolds., Bert O. Richmond. Ed. Manual Moderno. Segunda Edición. 2012
43. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. Designing clinical research: an epidemiologic approach. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Appendix 6C, page 79.
44. Brekke, I., & Alecu, A. (2023). The health of mothers caring for a child with a disability: a longitudinal study. *BMC women's health*, 23(1), 639. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02798-y>
45. Mattiello, R. M. A., Pazin-Filho, A., Aragon, D. C., Cupo, P., & Carlotti, A. P. C. P. (2022). Impact of children with complex chronic conditions on costs in a tertiary referral hospital. *Revista de saude publica*, 56, 89. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004656>
46. Pilapil, M., Coletti, D. J., Rabey, C., & DeLaet, D. (2017). Caring for the Caregiver: Supporting Families of Youth With Special Health Care Needs. *Current problems in*

pediatric and adolescent health care, 47(8), 190–199.
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.07.003>

47. Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: An updated meta-analysis *J Pediatr Psychol* [Internet], 36 (2011), pp. 375-384, 10.1093/jpepsy/jsq104
48. Enfermedad crónica pediátrica: estudio comparativo de los niveles de ansiedad, depresión y autoestima. *Rev de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 5. 3 - 48-53
doi: 10.21134/rpcna.2018.05.3.7

19. ANEXOS.

Anexo 1. Escala CMASR-2 Para la evaluación de síntomas de ansiedad en la población infantojuvenil.

Encierra en un círculo una respuesta por cada oración.

continúa al reverso de esta página

CMASR-2

Cuestionario-Perfil

Cecil R. Reynolds, PhD, y Bert O. Richmond, Ed.D

Fecha: _____

Edad: _____ Grado escolar: _____

Femenino Masculino

Instrucciones

Las oraciones que aparecen en este formulario dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración y luego encierra en un círculo la palabra que corresponda a tu respuesta. Encierra en un círculo la palabra Si si piensas que así eres. Encierra en un círculo la palabra No si crees que no eres así. Responde a cada oración, incluso si te resulta difícil elegir una respuesta que se aplique a ti. No marques Si y No para la misma oración. Si quieres cambiar tu respuesta, marca una X encima de tu primera respuesta y luego encierra en un círculo tu nueva elección.

No hay respuestas correctas ni incorrectas, sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes con respecto a ti mismo. Recuerda, después de leer cada oración, pregúntate: "¿Es cierto en mi caso?". Si es así, encierra Si en un círculo; si no lo es, encierra el No.

| | | |
|--|----|----|
| 1. Muchas veces siento asco o náuseas. | Sí | No |
| 2. Soy muy nervioso(a). | Sí | No |
| 3. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase. | Sí | No |
| 4. Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase. | Sí | No |
| 5. Tengo demasiados dolores de cabeza. | Sí | No |
| 6. Me preocupa no agradarle a los otros. | Sí | No |
| 7. Algunas veces me despierto asustado(a). | Sí | No |
| 8. La gente me pone nervioso(a). | Sí | No |
| 9. Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas. | Sí | No |
| 10. Tengo miedo que los demás se rían de mí. | Sí | No |
| 11. Me cuesta trabajo tomar decisiones. | Sí | No |
| 12. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero. | Sí | No |
| 13. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí. | Sí | No |
| 14. Todas las personas que conozco me caen bien. | Sí | No |
| 15. Muchas veces siento que me falta el aire. | Sí | No |
| 16. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a). | Sí | No |
| 17. Me siento mal si la gente se ríe de mí. | Sí | No |
| 18. Muchas cosas me dan miedo. | Sí | No |
| 19. Siempre soy amable. | Sí | No |
| 20. Me enojo con facilidad. | Sí | No |
| 21. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir. | Sí | No |
| 22. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas. | Sí | No |
| 23. Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase. | Sí | No |
| 24. Siempre me porto bien. | Sí | No |

Copyright © 2008 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved.

 **Manual Moderno®**
 D.R. © 2012 por
 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F.
 Miembros de la Cámara Nacional de la Industria

| | DEF | FIS | INQ | SOC |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Puntuación natural (reactivos 1-24) | _____ | _____ | _____ | _____ |

Anexo 2. Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

| NOMBRE: | EDAD: | FECHA EVAL: | |
|---------|--|-------------|------------------|
| 1 | Luché para resolver el problema | | 0 1 2 3 4 |
| 2 | Me culpé a mí mismo | | 0 1 2 3 4 |
| 3 | Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés | | 0 1 2 3 4 |
| 4 | Deseé que la situación nunca hubiera empezado | | 0 1 2 3 4 |
| 5 | Encontré a alguien que escuchó mi problema | | 0 1 2 3 4 |
| 6 | Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente | | 0 1 2 3 4 |
| 7 | No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado | | 0 1 2 3 4 |
| 8 | Pasé algún tiempo solo | | 0 1 2 3 4 |
| 9 | Me esforcé para resolver los problemas de la situación | | 0 1 2 3 4 |
| 10 | Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché | | 0 1 2 3 4 |
| 11 | Expresé mis emociones, lo que sentía | | 0 1 2 3 4 |
| 12 | Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase | | 0 1 2 3 4 |
| 13 | Hablé con una persona de confianza | | 0 1 2 3 4 |
| 14 | Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas | | 0 1 2 3 4 |
| 15 | Traté de olvidar por completo el asunto | | 0 1 2 3 4 |
| 16 | Evité estar con gente | | 0 1 2 3 4 |
| 17 | Hice frente al problema | | 0 1 2 3 4 |
| 18 | Me critiqué por lo ocurrido | | 0 1 2 3 4 |
| 19 | Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir | | 0 1 2 3 4 |
| 20 | Deseé no encontrarme nunca más en esa situación | | 0 1 2 3 4 |
| 21 | Dejé que mis amigos me echaran una mano | | 0 1 2 3 4 |
| 22 | Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían | | 0 1 2 3 4 |
| 23 | Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más | | 0 1 2 3 4 |
| 24 | Oculté lo que pensaba y sentía | | 0 1 2 3 4 |
| 25 | Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran | | 0 1 2 3 4 |
| 26 | Me reprimí por permitir que esto ocurriera | | 0 1 2 3 4 |
| 27 | Dejé desahogar mis emociones | | 0 1 2 3 4 |
| 28 | Deseé poder cambiar lo que había sucedido | | 0 1 2 3 4 |
| 29 | Pasé algún tiempo con mis amigos | | 0 1 2 3 4 |
| 30 | Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo | | 0 1 2 3 4 |
| 31 | Me comporté como si nada hubiera pasado | | 0 1 2 3 4 |
| 32 | No dejé que nadie supiera como me sentía | | 0 1 2 3 4 |
| 33 | Mantuve mi postura y luché por lo que quería | | 0 1 2 3 4 |
| 34 | Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias | | 0 1 2 3 4 |
| 35 | Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron | | 0 1 2 3 4 |
| 36 | Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes | | 0 1 2 3 4 |
| 37 | Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto | | 0 1 2 3 4 |
| 38 | Me fijé en el lado bueno de las cosas | | 0 1 2 3 4 |
| 39 | Evité pensar o hacer nada | | 0 1 2 3 4 |
| 40 | Traté de ocultar mis sentimientos | | 0 1 2 3 4 |
| | Me consideré capaz de afrontar la situación | | 0 1 2 3 4 |

FIN DE LA PRUEBA

| | REP | AUT | EEM | PSD | APS | REC | EVP | RES |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| PD | | | | | | | | |
| PC | | | | | | | | |

A cumplimentar por el evaluador

Anexo 3. Carta de consentimiento informado para adultos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICA DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (PARTICIPANTE MADRE)

| | |
|--|--|
| Nombre del estudio: | Estrategias de afrontamiento materno y su relación con síntomas de ansiedad en niños de edad escolar con enfermedad crónica |
| Patrocinador externo (si aplica) | No aplica |
| Lugar y fecha: | UMAЕ Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frenk Freund” Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc número 330, Col. Doctores, C.P. 06720, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México. Fecha: _____ |
| Justificación y objetivo del estudio: | Los niños que tienen mucho tiempo enfermos pueden presentar ansiedad, la atención de la ansiedad es importante para ayudar a su enfermedad médica. Conocer la manera en que usted como mamá enfrenta las situaciones estresantes y la forma en como puede influir en la ansiedad de su hijo(a) nos va a ayudar a elaborar técnicas que contribuyan a disminuir la ansiedad y así mejorar el cumplimiento del tratamiento médico y bienestar familiar. Es por eso que el presente estudio tiene el objetivo de conocer la manera en que usted enfrenta el estrés y su relación con la ansiedad en su hijo. |
| Procedimientos: | Su participación consistirá en responder de manera voluntaria y sin ninguna presión una escala proporcionada por el investigador, que consistirá en una serie de preguntas en forma de cuestionario para evaluar su forma de enfrentar el estrés, así como responder al investigador una serie de preguntas derivadas de un cuestionario sobre datos generales. |
| Posibles riesgos y molestias: | La aplicación de los cuestionarios quizá le pueda causar un poco de molestia emocional a usted, en caso de que así sucediera se le dará atención por los investigadores especialistas en Salud Mental. |
| Probables beneficios que recibirá al participar en el estudio: | El beneficio que usted recibe al contestar el cuestionario es que podrá conocer la manera en la que usted enfrenta el estrés y en caso de encontrarse riesgo para el desarrollo de ansiedad en su hijo se le brindará la atención correspondiente por los medios institucionales adecuados. |

| | |
|--|--|
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento | Se le darán a usted los resultados de la evaluación realizada para que conozca su forma de enfrentar el estrés y en caso necesario ser derivada de manera oportuna al área de salud mental correspondiente. |
| Participación y retiro: | Su participación es voluntaria y usted puede abandonar libremente y en el momento que lo decida el presente estudio, sin que esto afecte la atención médica que se recibe en el instituto. |
| Privacidad y confidencialidad: | Le damos la seguridad de que no se publicará su nombre o revelará cualquier información relacionada con su identidad en las presentaciones o publicaciones que deriven de éste estudio y que los datos obtenidos y proporcionados serán tratados en forma confidencial. |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica) | No aplica |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a : | |
| Investigador responsable: | Dra. Rocio Hinojosa Vega. Médico adscrito al servicio de Salud Mental en UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund" Correo: roshv.459@gmail.com Teléfono: 5556276900 Extensión 22303 |
| Colaboradores; | Deisy Scarleth Brito Citalán, alumna del Curso de Especialización en Psiquiatría Infantil y del Adolescente, adscrito a la UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund". Correo: scarlett.bc@live.com , Celular: 2288266291 |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del IMSS. Correo electrónico: eticainvest.hpcmnsxxi@gmail.com | |
| Nombre y firma del participante (Madre del paciente) | Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento |
| Testigo 1 Nombre, relación y firma | Testigo 2 Nombre, relación y firma |

Anexo 4. Carta de Consentimiento informado para padres o representantes legales de niños o adolescentes



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de consentimiento informado para padres o representantes legales de niños o adolescentes para autorizar su participación en protocolos de investigación

| | |
|---|---|
| | |
| Nombre del estudio: | Estrategias de afrontamiento materno y su relación con síntomas de ansiedad en niños de edad escolar con enfermedad crónica |
| Patrocinador externo (si aplica): | No aplica. |
| Lugar y fecha: | UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund" Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc número 330, Col. Doctores, C.P. 06720, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México. Fecha: _____ |
| Justificación y objetivo del estudio: | Los niños que tienen mucho tiempo enfermos pueden presentar ansiedad, la atención de la ansiedad es importante para ayudar a su enfermedad médica. Conocer la manera en que la madre enfrenta las situaciones estresantes y la forma en como puede influir en la ansiedad de su hijo(a) nos va a ayudar a elaborar técnicas que contribuyan a disminuir la ansiedad y así mejorar el cumplimiento del tratamiento médico y bienestar familiar. Es por eso que el presente estudio tiene el objetivo de conocer la manera en la que la madre enfrenta el estrés y su relacion con la ansiedad en su hijo. |
| Procedimientos: | La participación de su hijo/a consiste en responder un cuestionario de 49 preguntas que se llama ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS REVISADA, de forma voluntaria y sin ninguna presión. |
| Posibles riesgos y molestias: | La aplicación de los cuestionarios quizá pueda causar en su hijo/a malestar emocional y en caso de que así sucediera se le dará atención por los investigadores especialistas en Salud Mental. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | El beneficio que recibirá su hijo/a al contestar el cuestionario es que se podrá conocer si tiene ansiedad, y en caso de que así sea se le dará la atención correspondiente por el área de salud mental. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Se le darán a conocer a su hijo(a) y a usted, los resultados del cuestionario que responda y en caso de ser necesario se enviará de manera oportuna al área de salud mental correspondiente. |
| Participación o retiro: | Usted es libre de decidir si permite la participación de su hijo/a en este estudio, además de que podrá retirarse del mismo o no contestar los cuestionarios en el momento que él/ella o usted lo crean adecuado. |

| | |
|--|--|
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabiente (si aplica): | No aplica. |
| Privacidad y confidencialidad: | Le damos la seguridad de que no se identificará a su hijo/a en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos obtenidos y proporcionados serán tratados en forma confidencial. |
| <p>Declaración de consentimiento:</p> <p>Después de haber leído y habiéndosele resuelto todas sus dudas acerca de este estudio:</p> <p> <input type="checkbox"/> No acepta que su hijo(a) participe en el estudio <input type="checkbox"/> Si acepta que su hijo(a) participe en el estudio </p> | |
| <p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p> <p>Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Rocio Hinojosa Vega. Médico adscrito al servicio de Salud Mental en UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund" Correo: roshv.459@gmail.com Teléfono: 5556276900 Extensión 22303</p> <p>Colaboradores: Deisy Scarleth Brito Citalán, alumna del Curso de Especialización en Psiquiatría Infantil y del Adolescente, adscrito a la UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund". Correo: scarlett.bc@live.com, Celular: 2288266291</p> <p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del IMSS. Correo electrónico: eticainvest.hpcmnssxi@gmail.com</p> | |
| <p>_____</p> <p>Nombre y firma de Representante legal del paciente</p> | <p>Deisy Scarleth Brito Citalán</p> <p>_____</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> |
| <p>Testigo 1</p> <p>_____</p> <p>Nombre, relación y firma</p> | <p>Testigo 2</p> <p>_____</p> <p>Nombre, relación y firma</p> |

Anexo 5. Carta de asentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

-Estrategias de afrontamiento materno y su relación con síntomas de ansiedad en niños de edad escolar con enfermedad crónica

Buenos días, mi nombre es Deisy Scarleth Brito Citalán, y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio en los niños que se encuentran hospitalizados, para saber si presentan ansiedad y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consiste en responder un cuestionario, de 49 sencillas preguntas. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También quiero que sepas que si en algún momento ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta tampoco habrá problema.

Nadie puede ver los resultados, solo los compartiremos con tus padres o tutores y contigo.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Dra. Deisy Scarleth Brito Citalán

Fecha: _____

Anexo 6. Hoja de datos sociodemográficos

| Folio: _____ | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|-------------|-------------------|--|--|-----------------------------|--------------|--------------------------------------|------------------|-----------------------|--|
| MADRE | | | | | | | | | | | |
| Horas por día que dedica al cuidado de su hija/hijo: _____ | | | | Días por semana que dedica al cuidado de su hija/hijo: _____ | | | | Cuidadora exclusiva: si ___ / no ___ | | | |
| Edad de la madre al momento del diagnóstico de su hijo: _____ | | | | | | Religión: _____ | | | | | |
| Edad (años): 1(18-40) 2(41-60) 3(más de 60) | | | Estado civil | | | Escolaridad | | | Ocupación | | |
| 1 | Adultez temprana | | 1 | Soltera | | 1 | Primaria | | 1 | Desempleada | |
| 2 | Adultez intermedia | | 2 | Unión libre | | 2 | Secundaria | | 2 | Labores del hogar | |
| 3 | Adultez tardía | | 3 | Casada | | 3 | Preparatoria | | 3 | Técnico | |
| | | | 4 | Divorciada | | 4 | Licenciatura | | 4 | Actividad profesional | |
| | | | 5 | Viuda | | 5 | Posgrado | | 5 | Otra: Especificar | |
| | | | | | | 6 | Sin estudios | | | | |
| PACIENTE | | | | | | | | | | | |
| Sexo: F M | | | | | | | | | | | |
| Edad (años): | | Escolaridad | | | Diagnóstico principal Especificar diagnóstico | | | | | | |
| 1 | 6-9 | 1 | Primaria Publica | | 1 | Enfermedad pulmonar | | | | | |
| 2 | 10-11 | 2 | Primaria privada | | 2 | Enfermedad Gastrointestinal | | | | | |
| Especificar: | | 3 | Otra: especificar | | 3 | Enfermedad cardiaca | | | | | |
| | | | | | 4 | Enfermedad neurológica | | | | | |
| Años de diagnóstico | | Ocupación: | | | 5 | Enfermedad dermatológica | | | | | |
| 1 | 0.5-1 | 1 | No escolarizado | | 6 | Enfermedad ginecológica | | | | | |
| 2 | 2-5 | 2 | Estudiante | | 7 | Otro: Especificar | | | | | |
| 3 | Mas de 5 | 3 | Otra: Especificar | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Edad al momento de diagnóstico: | | | | | | | | | | | |
| 1 | Nacimiento | 1 | 1 a 3 años | | | | | | | | |
| 2 | 6 a 9 años | 2 | 3 a 6 años | | | | | | | | |
| 3 | 10-11 años | 3 | | | | | | | | | |
| FAMILIA | | | | | | | | | | | |
| Estructura | | | | Tipo | | Población | | | Aporte económico | | |
| 1 | Monoparental-madre | | | 1 | Nuclear | 1 | Rural | | 1 | Padre | |
| 2 | Monoparental-Padre | | | 2 | Extensa | 2 | Urbana | | 2 | Madre | |
| 3 | Biparental | | | | | 3 | Semiurbana | | 3 | Mixto | |
| 4 | Reconstituida (Especificar) | | | | | | | | 4 | Otro: especificar | |
| | | | | | | | | | | | |
| Número de hijos (especificar) | | | | Posición filial | | Observaciones | | | | | |
| 1 | 1 | | | | Hijo mayor | | | | | | |
| 2 | 2 | | | | Hijo menor | | | | | | |
| 3 | Mas de 2 | | | | Hijo intermedio | | | | | | |