



**U**NIVERSIDAD  
**I**NSURGENTES

*Plantel Xola*

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON  
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MADRES QUE TIENEN  
HIJOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPOACUSIA"

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**PRESENTA:**

C. CONCEPCIÓN ALVARADO GONZÁLEZ

ASESOR: MTRA. YOLANDA SANTIAGO HUERTA

MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## ÍNDICE.

<b>Agradecimientos.</b> .....	7
<b>Resumen.</b> .....	9
<b>Introducción.</b> .....	11
<b>Capítulo 1. Audición normal e Hipoacusia.</b>	
<b>1.1 El oído.</b> .....	14
Oído externo. ....	15
Oído medio. ....	15
Oído interno. ....	15
<b>1.2 Fisiología.</b>	
Función auditiva. ....	16
Función del Equilibrio. ....	17
<b>1.3 Enfermedades.</b>	
Otalgia. ....	18
Sordera. ....	18
a) Sordera de transmisión o conducción. ....	18
b) Sordera de Percepción. ....	18
c) Sordera Mixta. ....	18
Acufenos. ....	18
Vértigo. ....	19
Otorrea. ....	19
<b>1.4 Tipos de Hipoacusia.</b>	
Hipoacusia de conducción. ....	20

Hipoacusia de sensorial. ....	20
<b>Por su localización la hipoacusia se clasifica en:</b>	
Conductiva. ....	21
Coclear. ....	21
Retrococlear. ....	21
Central. ....	21
<b>De acuerdo al momento se produce en:</b>	
Prelocutiva. ....	21
Perilocutiva. ....	21
Postlocutiva. ....	21
<b>Según la amplitud.</b>	
Pérdida auditiva leve. ....	21
Pérdida auditiva media. ....	21
Pérdida auditiva de moderada a severa. ....	21
Pérdida auditiva severa. ....	22
Pérdida auditiva profunda. ....	22
<b>Por la frecuencia del sonido.</b>	
Primer grado. ....	22
Segundo grado. ....	22
Tercer grado. ....	22
Cuarto grado o cofosis. ....	22
<b>1.5 Etiología.</b>	
Hipoacusia Periodo prenatal. ....	23

Hipoacusia Periodo perinatal. ....	23
Hipoacusia Adquirida Postnatal. ....	23
Hipoacusia Genética o Hereditaria. ....	23
<b>1.6 Valoración Audiológica. ....</b>	<b>24</b>
Pruebas Auditivas Subjetivas y objetivas. ....	24
Prueba de Impedanciometría. ....	25
Pruebas estándar de diapasones. ....	25
Estudios de diagnóstico por imagen. ....	26
<b>1.7 Tratamiento. ....</b>	<b>26</b>
<b>1.8 Clasificación de enfermedades médicas. ....</b>	<b>27</b>
Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). ....	27
<b>Capítulo 2. Estrategias de afrontamiento.</b>	
2.1 Definición de afrontamiento. ....	29
2.2 Estrategias de Afrontamiento. ....	32
2.3 Diferencia de Estrategias y Estilos de Afrontamiento. ....	35
2.4 Estrategias de Afrontamiento y sus Subescalas. ....	37
<b>Capítulo 3. Estrategias de afrontamiento en madres que tienen hijos con diferentes enfermedades</b>	<b>44</b>
<b>Capítulo 4. Metodología.</b>	
4.1 Justificación. ....	61
4.2 Planteamiento del Problema. ....	63
4.3 Objetivo	
4.3.1 Objetivo General. ....	63

4.3.2 Objetivo específico. ....	63
4.4 Hipótesis.	
4.4.1 Hipótesis de Trabajo. ....	63
4.4.2 Hipótesis nula. ....	64
4.4.3 Hipótesis alterna. ....	64
4.5 Variables.	
4.5.1 Variable Independiente. ....	64
Definición Conceptual. ....	64
Definición Operacional de la Variable Independiente. ....	64
4.5.2 Variable Dependiente. ....	65
Definición Conceptual. ....	65
Definición Operacional. ....	66
4.6 Tipo de estudio. ....	67
4.7 Diseño de Investigación. ....	68
4.8 Escenario. ....	68
4.9 Población. ....	70
4.10 Muestreo. ....	71
4.11 Instrumento. ....	71
4.12 Procedimiento. ....	72
4.13 Análisis de Datos. ....	73
<b>Capítulo 5. Resultados.</b> ....	<b>74</b>
<b>Capítulo 6. Discusión.</b> ....	<b>87</b>
<b>Capítulo 7. Conclusiones, Limitaciones y Sugerencias.</b> ....	<b>94</b>

<b>Bibliografía.</b> .....	100
<b>Anexos.</b>	
Anexo 1 Datos Generales. ....	113
Anexo 2 Cuestionario Modos de Afrontamiento (WOC). ....	114

## AGRADECIMIENTOS

*A mi mami mi mejor compañera y amiga, por darme la vida, por ser una mujer paciente, por su gran amor y por estar a mi lado alentándome a cumplir mis metas ayudándome siempre en todo, por escucharme y brindarme sus consejos y apoyo, doy gracias a dios de ser afortunada en que esta siempre conmigo, te quiero mucho.*

*A mi hermana por su apoyo incondicional, por brindarme consejos, por qué se que cuento contigo y por estar conmigo en las buenas y en las malas te quiero mucho.*

*A mi hija por llenar mi vida de dicha y bendiciones, por entender cada una de las situaciones que hemos pasado juntas, por crecer y madurar junto conmigo, por permitir mis ausencias durante todo el tiempo sin poder brindarle calidad a nuestro tiempo te quiero mucho.*

*A ti Encanto mío por trasmitirme todos tus conocimientos, tu experiencia, tus consejos, tu apoyo, tu comprensión, tu tiempo, por estar a mi lado, por alentarme en momentos difíciles, te agradezco el estar conmigo en la recta final tan importante en mi vida. ERIK TE AMO.*

*A Vero quien comparte conmigo las cosas más importantes en la vida: amor, libertad amistad y respeto, por su apoyo y paciencia por sostenerme cuando he estado a punto de caer, por reír y llorar conmigo, por demostrarme que los verdaderos amigos si existen te quiero mucho chica bella.*

*A Beder y Roxana, por convivir conmigo la experiencia de formarnos como Psicólogos, por todo su apoyo, por el cariño, por su amistad y comprensión que me han brindado durante la carrera y a la fecha ha sido un placer compartir con ustedes esta etapa importante en mi vida, por ser mis amigos y permitirme*



*desarrollarme profesionalmente y que este logro sea el inicio de muchos que tendremos.*

*A los profesores por sus conocimientos y enseñanzas que me transmitieron para representar profesionalmente a la psicología orgullosamente.*

*A los sinodales por su tiempo, por sus observaciones y aportaciones en esta investigación:*

*Lic. Ma. Luisa Serna Uribe*

*Lic. Claudia Mónica Ramírez Hernández*

*A mi maestra y asesora Yolanda Santiago Huerta gracias por la paciencia, el tiempo, el apoyo durante la carrera, su dedicación, interés y aliento para concluir este trabajo a quien considero un ejemplo a seguir a nivel profesional.*

*Soy muy dichosa por tenerlos a todos como familia y amigos quienes forman la base de mi vida.*

*“Dormía, dormía y soñaba que la vida no era más que alegría, me desperté y vi que la vida no era más que servir y el servir era alegría.”*

*TAGORE, Rabindranath.*

## **RESUMEN**

El objetivo de esta investigación fue determinar qué tipo de estrategias de afrontamiento manejan las madres de niños con diagnóstico de hipoacusia y la forma en que éstas enfrentan su problemática, considerando el impacto no solo emocional, sino en su dinámica familiar, en su interacción con la sociedad, durante el proceso de atención de un niño con discapacidad, principalmente con ella misma, con la familia y con el medio, pues como madre juega un papel preponderante y tiene gran influencia. Es la principal cuidadora e influye sobre la educación del niño que carente en todo o en parte de este sentido (Audición) solo contará con su auxilio y cuidado durante el proceso de adaptación a la vida donde todo esta hecho para personas que si escuchan y le llevará a lo largo de los años a lograr en mayor o menor grado superar la hipoacusia y a desenvolverse en la sociedad, en la vida académica y en sus relaciones humanas en general.

Para este trabajo se contó con una muestra que estuvo constituida por 66 madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia y que acuden al Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje (IMAL), al Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) y al Instituto Pedagógico para Problemas de Lenguaje I.A.P. (IPPLIAP).

Para cumplir con el objetivo se aplicó un Cuestionario de datos generales y el Cuestionario de Modos de Afrontamiento (WOC) de Lazarus y Folkman (1991).

Los resultados obtenidos arrojaron que las madres utilizaron ambos tipos de Estrategias de Afrontamiento: Dirigido al Problema y Dirigido a la Emoción. Las madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia tuvieron un rango de edad de 33 años, con nivel de escolaridad de secundaria, se encuentran casadas y se dedican al hogar.

Con los resultados obtenidos se visualiza la necesidad de la existencia de programas de intervención psicológica con la finalidad de lograr la identificación de los recursos que emplean estas madres afrontando las situaciones por las que atraviesan y que van desde ayuda médica, económica y desde luego psicológica ante las enfermedades de sus hijos y a partir de ello pueda mejorar las estrategias existentes o adquirir unas nuevas que les permitan una estabilidad emocional y ésta se vea reflejada en una mejor armonía en el seno familiar.

## INTRODUCCIÓN

La hipoacusia (*bypoacosis*) es la disminución de la sensibilidad auditiva, mejor conocida en un término coloquial como sordera, (De Gispert y Garriz 2009), se estima que la prevalencia en los recién nacidos de hipoacusia neurosensorial es de 6 de cada 1.000. La hipoacusia grave es de 1.5 de cada 1.000, en los niños menores de 3 años es de 3 de cada 1.000 y el 40% presentan criterios de riesgo, en etapas escolares respecto a la hipoacusia superior de 45 db es de 3 de cada 1.000 (Bras, 2005).

Las estrategias de afrontamiento son los procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y / o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Es decir, son las formas de reaccionar de los individuos al vivir situaciones difíciles como tener que atender a un hijo con cáncer, con leucemia, con síndrome de down o, como en este caso, madres con hijos con hipoacusia.

El afrontamiento es un tema poco estudiado en las madres de hijos con diagnóstico de hipoacusia, la mayoría de estudios están focalizados a enfermedades más graves como las mencionadas anteriormente. Por este motivo se realizó la presente investigación.

El diagnóstico de hipoacusia de un hijo es un acontecimiento de vital trascendencia que cambia la rutina cotidiana de toda la familia, en especial las madres quienes son el principal cuidador de los hijos, les invaden las emociones y sentimientos como el miedo, el llanto, la

tristeza, sentimientos de culpa, por lo que se hizo o lo que se dejó de hacer, sentimientos de impotencia, enojo consigo mismas y con los demás.

Es por esto que en este trabajo se explicarán detalladamente las estrategias de afrontamiento abordando principalmente en el manejo de las madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia.

La presente investigación está estructurada en base a siete capítulos. En el primer capítulo se explica qué es la hipoacusia iniciando con las partes principales del oído, su función, las enfermedades, los tipos de hipoacusia y sus causas, la valoración audiológica, el tratamiento y la Clasificación Internacional de Enfermedades.

En el segundo capítulo se aborda la definición de afrontamiento, el concepto de estrategias de afrontamiento se menciona sobre la diferencia que existen entre las estrategias y los estilos de afrontamiento, por último el concepto de estrategia de afrontamiento y sus subescalas de cada estrategia dirigida al problema y dirigida a la emoción.

En el tercer capítulo se exponen las estrategias de afrontamiento de madres que tienen hijos con diferentes enfermedades, para que el interesado cuente con un medio comparativo.

En el cuarto capítulo se presenta la metodología que se empleó para esta investigación, la justificación, el planteamiento del problema, el objetivo general y los específicos, las hipótesis de trabajo, nula y alterna, las variables, el tipo de estudio, el diseño de

investigación, el escenario, la población, la muestra, el instrumento, el procedimiento y el análisis de datos.

En el quinto capítulo se detallan y se representa mediante gráficas, los resultados obtenidos de las respuestas de cada tipo de estrategia de afrontamiento.

En el capítulo seis se encuentra la discusión de los resultados donde lo más importante fue descubrir que ambas estrategias fueron las más usadas por las madres de este tipo de niños: Afrontamiento Dirigido a la Emoción y Afrontamiento Dirigido al Problema.

Y finalmente el capítulo siete reúne las conclusiones, las limitaciones obtenidas en el presente trabajo y las sugerencias del mismo.

# CAPÍTULO I

## AUDICIÓN NORMAL E HIPOACUSIA.

En este capítulo se describen las partes que componen al oído, cuáles son sus funciones y cuáles sus enfermedades, se explica qué es la audición, qué es la hipoacusia, cuantos tipos de hipoacusia, las causas que provocan la hipoacusia, se describen los estudios audiológicos que se realizan para diagnosticar la hipoacusia así como el tratamiento a seguir.

### 1.1 Oído.

El oído es el órgano que permite recibir las informaciones sonoras del entorno y transformarlas en impulsos nerviosos que el cerebro puede interpretar. Es el órgano de la audición y el equilibrio del ser humano y que se divide en tres secciones (Boenninhaus, 1995). Cómo se muestra en la figura 1.



Imagen Tomada de: <http://sintiza.com/mjcr/oido-actividades/4fc3ad646f.jpg>

- ❖ El oído externo está formado por el pabellón auditivo y conducto auditivo externo (CAE), es la parte que comunica el pabellón auricular con la membrana del tímpano, tiene la función de recoger y trasladar las ondas sonoras hacia el oído medio.
  
- ❖ El oído medio se integra por la membrana timpánica, cadena de huesecillos (martillo, yunque y estribo), trompa de Eustaquio, caja timpánica y celdas neumáticas. De acuerdo a Novel (2005) la función de la membrana timpánica es la de proteger al oído medio y transmitir sus vibraciones a la cadena de huesecillos que son los responsables de transmitir las vibraciones del tímpano hasta el oído interno, la trompa de Eustaquio al comunicarse con la nasofaringe permite la entrada de aire y que el oído medio equilibre la presión a ambos lados del tímpano.
  
- ❖ El oído interno está conformado por el sistema vestibular o ventana oval y la cóclea o caracol, con el laberinto y el par craneal dentro del conducto auditivo interno, transforma el sonido en impulsos nerviosos y los envía al cerebro, a través del nervio auditivo, donde se interpreta la información auditiva, se encarga de procesar el sonido, y al contener el órgano del equilibrio, se encarga también de mantener un balance homogéneo.

La audición es la acción y efecto de percibir los sonidos (Gutiérrez, 2003) y el sonido es el fenómeno producido por la fluctuación de la presión de aire que constituye un estímulo básico, estos estímulos son conducidos por el nervio auditivo hasta el cerebro donde se percibe, reconoce e interpreta el sonido (Soriano, 2007).



La audición es la vía habitual para adquirir el lenguaje hablado, es la principal vía de aprendizaje en los niños y desempeña un papel fundamental en el pensamiento, conocimiento y el desarrollo intelectual, por ello a continuación se explicará cómo está integrado el oído y cómo funciona.

## 1.2 Fisiología.

La fisiología es la ciencia biológica que estudia las funciones de los seres orgánicos.

En este apartado se explicará que el oído tiene dos funciones las cuales son: La auditiva y el equilibrio.

La función auditiva incluye dos procesos sucesivos que son la transmisión o conducción de los sonidos y la percepción de estos por parte del cerebro para que sean interpretados.

**Figura 2 Función auditiva**



Orgánicamente la audición es la sensación que se experimenta cuando una onda sonora estimula las células pilosas de la cóclea, produciendo un impulso nervioso que pasa al cerebro. La onda sonora se capta a través del pabellón auricular, pasa por el canal auditivo externo hasta llegar a la membrana timpánica, que hace que ésta vibre. Esta vibración se transmite a través de la cadena de huesecillos hasta la ventana oval, pasa a la perilinfa del oído interno y luego a la endolinfa. Al llegar a ésta, las células pilosas se ponen en movimiento y rozan la membrana tectorial, produciéndose de esta forma un impulso nervioso que llega al cerebro a través del nervio auditivo. Se cree que los sonidos de diferentes tonos estimulan células distintas y que los sonidos más fuertes estimulan un mayor grupo de células. Por todo ello es por lo que se puede percibir diferencias de volumen y de distinto grado de sonido (Navarro y Novel, 2005).

La función del equilibrio nos hace ser conscientes de la posición de nuestro cuerpo. De esto es responsable el oído interno. Los conductos semicirculares son los que con los movimientos de la cabeza, proporcionan la información, ya que al moverse la cabeza mueve endolinfa de los conductos semicirculares estimulando así las células pilosas en la ámpula que pasan la información al cerebro (Novel, G. 2005).

**Figura 3. Función del Equilibrio.**



Imagen adaptada de Gray's Anatomy for students - [www.studentconsult.com](http://www.studentconsult.com)

### 1.3 Enfermedades.

A continuación se describirán las principales enfermedades que afectan al oído debido a una serie de causas que interfieren en la entrada de las ondas sonoras hacia el oído interno o permanente en cuyo caso se produce una degeneración nerviosa que impide la transmisión de los sonidos que llegan al oído hasta el cerebro, las manifestaciones clínicas que con frecuencia se pueden presentar son: otalgia, sordera, acufenos, vértigos y otorrea.

❖ Otolgia normalmente se debe a una inflamación del oído externo o del oído medio, pero en ocasiones el dolor de oído puede ser un dolor reflejo de otras enfermedades (sinusitis, amigdalitis, molar cariado).

❖ Sordera o incapacidad para percibir adecuadamente los estímulos auditivos que se relacionan a diversos trastornos que se clasifican en:

- a) Sordera de transmisión o de conducción suele deberse a problemas del oído externo u oído medio, que no permite que los sonidos se transmitan.
- b) Sordera de percepción aparece cuando el problema se encuentra en el oído interno, por algún trastorno en el órgano de Corti o en el nervio auditivo.
- c) Sordera mixta los sonidos no se transmiten ni son percibidos e interpretados por el cerebro.

❖ Acufenos también conocidos como *tinnitus*, son sensaciones subjetivas en forma de zumbidos, que generalmente acompañan a la sordera. Pueden ser debidos a obstrucción del conducto auditivo externo, otitis media, traumatismos, síndrome de Meniere.

❖ Vértigo es la sensación de movimiento anormal de desplazamiento giratorio de los objetos en relación con uno mismo o a la inversa. Suelen acompañarse de náuseas y vómitos y habitualmente están provocados por alteraciones en el oído interno.

❖ Otorrea es la salida de flujo no hemorrágico por el conducto auditivo externo. Fisiológicamente la mayor parte del tiempo, el líquido que sale del oído es cerumen. Sin embargo, la secreción también puede ser causada por irritación o infección leve. Asimismo, una lesión del tímpano puede provocar una secreción por el oído, ya sea blanca, amarilla o levemente sanguinolenta (Novel, 2005).

La hipoacusia significa pérdida de la audición, que se produce cuando hay una interrupción en el proceso fisiológico de la audición. El término sordera se utiliza sólo para denominar las hipoacusias neurosensoriales bilaterales, profundas y permanentes (Morera y Algarra 2006; Nogales, 2005).

De acuerdo a los datos registrados en 2005 por la Organización Mundial de la Salud, la hipoacusia afecta a 278 millones de personas que padecen de pérdida de audición de moderada a profunda en ambos oídos, en donde una cuarta parte de la discapacidad auditiva comienza durante la infancia. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en información actualizada el día 3 de marzo del 2011, arroja datos del Censo de población y vivienda 2010, con un total del 12.9 % de la población en México que presenta limitaciones para escuchar definiéndose éstas como “Dificultades para percibir y discriminar sonidos, incluyen la pérdida total de la capacidad para oír, así como la debilidad

auditiva en uno o en ambos oídos, aún usando aparato auditivo”. El concepto discapacidad es un “Término genérico que comprende las deficiencias en las estructuras y funciones del cuerpo humano, las limitaciones en la capacidad personal para llevar a cabo tareas básicas de la vida diaria y las restricciones en la participación social que experimenta el individuo al involucrarse en situaciones del entorno donde vive”.

#### **1.4 Tipos de Hipoacusia.**

La hipoacusia por lo general es dividida en dos categorías (Kelley, 1993):

La hipoacusia de transmisión o de conducción se halla afectada la parte mecánica del oído externo y el medio (Sadurni, 2008), es la obstrucción del conducto auditivo por cerumen o por un cuerpo extraño, generalmente asociada con una otitis externa. La eliminación de la obstrucción y el tratamiento de la otitis externa se asocian con una rápida reversión de la hipoacusia. Un derrame del oído medio asociado con una otitis media aguda o serosa se asocia con una hipoacusia de conducción leve a moderada (Kelley, 1993).

La hipoacusia de percepción o neurosensorial se halla afectada la parte del oído interno o el nervio auditivo que trasmite el sonido al cerebro (Sadurni, 2008), es una consecuencia de anormalidades de la cóclea, del octavo par craneano o del sistema nervioso central, los procesos que afectan al canal auditivo externo, la membrana timpánica y el oído medio son responsables de la hipoacusia de conducción (Kelley, 1993).

Existen varias formas de clasificar la hipoacusia: En función de la localización topográfica en:

- a) **Conductiva** existe lesión en el oído externo o medio.
- b) **Coclear** lesión en el oído interno.
- c) **Retrococlear** lesión en el nervio.
- d) **Central** lesión en el Cerebro.

De acuerdo al momento en que se produce.

- a) **Prelocutiva** cuando se produce pérdida auditiva es sordera cuando se instaura en la gestación o durante el primer año de vida.
- b) **Perilocutiva** pérdida auditiva sordera que se inicia en el período de aprendizaje del lenguaje, entre un año y tres años;
- c) **Postlocutiva** empieza la pérdida auditiva cuando el niño ya tiene instaurado el lenguaje oral, a partir de los tres años (Morera y Algarra, 2006).

Según la amplitud o intensidad cuantitativa de acuerdo al rango de los sonidos expresado en decibeles dB (unidad de medida de intensidad del sonido) usados en el habla:

- a) **Pérdida Auditiva Leve** (26-40 dB), la persona pierde aproximadamente el 50 % de lo que se habla, sobre todo si las voces son suaves o el ambiente es ruidoso.
- b) **Pérdida auditiva media** (41-55 dB), la persona puede escuchar una conversación normal a una distancia entre 90 y 150 cm, siempre que la estructura y el vocabulario sean controlados.
- c) **Pérdida auditiva de moderada a severa** (56-70 dB), la persona con este grado

de pérdida y sin amplificación pierde aproximadamente 100% de la información hablada.

d) **Pérdida auditiva severa** (71-90 dB), la persona que sufre esta pérdida puede escuchar solamente los sonidos fuertes a distancias cercanas.

e) **Pérdida auditiva profunda** (91 dB o más), estas personas dependen más de la vista, desde el punto de vista legal, un individuo se considera sordo cuando el impedimento auditivo es tan severo cuando tienen una pérdida auditiva mayor de 90 decibeles (Gómez, 2002).

Según la Tonalidad, la frecuencia (la altura tonal del sonido medido en Hz), para cuantificarlo.

- a) **Primer grado** (hasta 4.000 Hz).
- b) **Segundo grado** (hasta 2.000 Hz).
- c) **Tercer grado** (hasta 1.000 Hz).
- d) **Cuarto grado o cofosis** (hasta 750 Hz).

### **1.5 Etiología.**

La etiología consiste en el estudio de las causas de la hipoacusia, como ya se mencionó es la pérdida de la audición, que se produce cuando hay una interrupción en el proceso fisiológico de la audición, es un trastorno sensorial, déficit auditivo que causa consecuencias en el desarrollo del habla, del lenguaje y de la comunicación que puede ser hereditaria o genética y adquirida, (Boenninghaus, 1995), a continuación se describe cada una:

Hipoacusia adquirida en el periodo prenatal puede estar relacionada con la Embriopatía rubeólica (rubéola materna durante el segundo y tercer mes del embarazo); Síndrome de la talidomida (epidemia en los años 60-61 por toma de este medicamento durante el segundo mes de gestación): generalmente, asociado a malformaciones del oído interno y el oído externo; Sífilis congénita; Toxoplasmosis; Enfermedades metabólicas maternas (diabetes, hipotiroidismo); Alcoholismo materno.

Hipoacusia adquirida durante el periodo perinatal puede deberse a traumatismos obstétricos: hipoxia perinatal, traumatismos mecánicos durante el parto; Ictericia nuclear: por hiperbilirrubinemia en el curso de una eritroblastosis fetal; (incompatibilidad Rh), más raro en niños prematuros (Boenninghaus, 1995).

Hipoacusia adquirida postnatal se relacionan con la laberintitis o meningitis (con insuficiencia vestibular); Infecciones víricas (parotiditis vírica, sarampión)

Hipoacusia Genética o Hereditaria anomalía de transmisión genética y pueden ser de tipo recesivo o dominante (recesivas son las hipoacusias en las que los padres son portadores del gen patológico pero de tipo recesivo). No son hipoacúsicos y las dominantes representan un 10 % de las hipoacusias hereditarias siendo uno de los padres portador del gen afecto, uno de los padres es hipoacúsico.



## **1.6 Valoración Audiológica**

El diagnóstico y el manejo de los pacientes con trastornos de la audición se realiza multidisciplinariamente (Gómez, 2002), el audiólogo que es el médico profesional adiestrado en el uso de equipo audiométrico y otros dispositivos para medir el grado de pérdida auditiva y con ello determinar el efecto de esa pérdida en la audición funcional, este especialista puede prescribir ayudas auditivas para aquellos que necesitan amplificaciones de sonido. El otorrinolaringólogo es el médico especialista en oído, nariz y garganta, trata enfermedades del oído y aplica tratamiento médico quirúrgico. El otólogo y el neurólogo son los médicos especializados en el tratamiento de enfermedades del oído, pueden diagnosticar las causas de los problemas auditivos y recomendar tratamiento médico y quirúrgico, cada uno puede ver el problema de distintas perspectivas en colaboración para proporcionar mejores cuidados; el médico realiza la exploración del paciente, los síntomas y los hallazgos audiológicos iniciales que determinan qué pruebas se deben de realizar, junto con la información neurológica, otoneurológica y radiológica para lograr la máxima precisión diagnóstica (Bradley, Daroff, Fenichel y Jankovic, 2005). Es importante poner énfasis en las posibles causas tales como traumatismos, antecedentes familiares, gestacionales y de parto, dolor agudo, supuración de oídos, síntomas acompañantes de desequilibrio y vértigos.

Para la valoración audiológica se encuentran las pruebas auditivas subjetivas que requieren de la colaboración del niño que necesita ser entrenado; las pruebas objetivas que no requieren de la colaboración; en los recién nacidos la valoración audiológica objetiva se hace por observación del comportamiento, por observación de los reflejos y reflejo condicionado, las pruebas audiológicas objetivas son técnicas de audiometría por respuestas

eléctricas o bien Potenciales Evocados Auditivos; Potenciales Tronco Cerebral (PTC), que consta de registros de corrientes bioeléctricas de la vía auditiva; Otoemisiones Acústicas (OA), sonidos generados en la cóclea, estos estudios son recomendados para la identificación de las hipoacusias permanentes infantiles, las pruebas auditivas de juego se realizan a niños a partir de los 5 ó 6 años edad, consta de actividades motoras condicionadas asociadas a un juego que se emplea para obtener una audiometría confiable del niño en etapa escolar.

La prueba de impedanciometría (impide el paso de la energía sonora en función de la presión del aire existente en el conducto auditivo externo) es una prueba objetiva que valora la progresión de la onda sonora en el oído medio utiliza 2 tipos de estímulo que son la timpanometría, que es una técnica que proporciona una gráfica de la capacidad del umbral del oído medio es una medición de la movilidad del oído medio cuando se cambia la presión del aire en el conducto externo, facilita la valoración en cuanto a la existencia de secreciones, alteraciones de la trompa de Eustaquio y de la membrana timpánica o de la cadena de huesecillos; reflejo estapedial, que es la contracción refleja del músculo del estribo que se produce ante un estímulo acústico intenso (85 a 100 db) que origina aumento de la rigidez del sistema timpano-osicular.

Las pruebas estándar de diapasones en las que se requiere de la colaboración del paciente son las de Weber y Rinne. La prueba de Weber se basa en el principio de que la señal transmitida por conducción ósea se localiza en el oído con el mayor déficit de conducción o en el oído contrario al de la pérdida neurosensorial, esta prueba determina el tipo de

alteración de la audición cuando los dos oídos están afectados en distinto grado. La prueba de Rinne compara la sensibilidad auditiva del paciente mediante conducción ósea y aérea.

Los estudios de diagnóstico por imagen: son aquellos que utilizan la tomografía computarizada para descartar malformaciones a nivel coclear y la resonancia magnética para descartar patología retrococlear (en casos de pérdidas auditivas unilaterales cuando se sospecha de tumor en el nervio auditivo). Otros estudios que se pueden realizar son los de laboratorio que consiste en realizar pruebas de funcionamiento tiroideo o renal, para descartar una enfermedad autoinmunitaria.

### **1.7 Tratamiento.**

El tratamiento de la hipoacusia es multidisciplinar y se fundamenta en la orientación a los padres, la valoración de una adecuada adaptación protésica, seguimiento médico e intervención logopedia y escolarización adecuada. (Bradley, Daroff, Fenichel y Jankovic, 2005).

Se requiere el diagnóstico para saber el tipo de hipoacusia si es de conducción, neurosensorial o mixta, para proporcionar el tratamiento adecuado. Cuando es una hipoacusia conductiva, se puede corregir mediante tratamiento de un derrame en el oído medio consistente en la inserción de tubos transtimpánicos de ventilación, corrección quirúrgica del mecanismo de transmisión que se encuentra alterado o mediante audífonos o prótesis convencionales o de vía aérea que son unos dispositivos electrónicos, su función es la amplificación de sonido que llega al oído y los audífonos o prótesis vía ósea que tienen la

función de transformar la energía sonora en vibraciones que son transmitidas al oído interno. La hipoacusia neurosensorial tiene escasa posibilidad de recuperación se consideran como un déficit irreversible, deben ser valorados por un audiólogo pediátrico por si necesitan usar una prótesis auditiva que puede ser adaptado a niños pequeños de hasta dos meses de edad. Continuando con los tratamientos se puede mencionar a los implantes cocleares son prótesis auditivas especiales que se colocan mediante intervención quirúrgica en el oído interno dañado, sustituyendo su función y estimulando directamente el nervio auditivo, consta de una parte externa que se encarga de recoger el sonido transformarlo en una señal eléctrica y transportarlo a la parte interna o implantada. Cuando la hipoacusia se detecta en los recién nacidos se pueden aplicar técnicas de cribado que consiste en la implantación de audífonos y la rehabilitación fonoaudiológica, en los primeros meses de vida.

### **1.8 Clasificación de enfermedades médicas.**

Dentro de la norma de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), aprobada por los gobiernos de 190 estados de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se clasifican todos los diagnósticos empleados en la práctica médica en donde se encuentran: las enfermedades del oído medio y de la mastoides: H90 Hipoacusia conductiva y neurosensorial; H91 Otras hipoacusias; H92 Otorrea y secreción del oído; H93 Otros trastornos del oído, no clasificados en otra parte; H94 Otros trastornos del oído en enfermedades clasificadas en otra parte; H95 Trastornos del oído y de la apófisis mastoides consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte.

En el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) se encuentra clasificado en: Eje III Enfermedades médicas, H60 – H95 Enfermedades del oído y de las apófisis mastoides.

En resumen en este capítulo se describió las partes principales del oído, las alteraciones auditivas en su funcionamiento incluyendo la hipoacusia, la etiología, la valoración audiológica y el tratamiento.

En el siguiente capítulo se define el concepto de Afrontamiento así como las estrategias de afrontamiento, que se han investigado para después abordar la forma en la que las madres de familia afrontan la hipoacusia de sus hijos.

## CAPITULO II

### ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

En este capítulo se describirán las diferentes acepciones del concepto de afrontamiento, así como los estilos y estrategias de afrontamiento desde el modelo cognitivo de Lazarus y Folkman (1986) a la fecha, con la finalidad de explicar el tipo de estrategias que utilizan las madres que tienen hijos con hipoacusia. Para ello se retoman a continuación los diferentes conceptos sobre afrontamiento han vertido diferentes autores.

#### **2.1 Definición de afrontamiento**

El afrontamiento es la traducción al castellano del término en inglés “coping” significa hacer frente a una situación estresante (Juareguizar y Espino 2005). En la literatura científica la mayoría de los autores utiliza el término afrontamiento para referirse a todo un conjunto de respuestas que tratan de reducir las cualidades negativas o aversivas de una determinada situación (Juareguizar y Espino 2005).

Para el modelo psicoanalítico de la psicología del ego, el afrontamiento se define como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y que incluyen procesos cognitivos que son empleados para reducir la ansiedad, manejar las situaciones conflictivas y por lo tanto reducen el estrés (en Lazarus y Folkman, 1991 p.141).

Fleming, Baum y Singer 1984; (citados por Moysén, Garay, Esteban, Gurrola, 2011), mencionan que el afrontamiento incluye respuestas abiertas y encubiertas a la amenaza o daño a fin de erradicar el estrés. Estos investigadores consideran el afrontamiento como vínculo entre el evento perturbador y las acciones y pensamientos que una persona utiliza para manejar el estrés.

Lazarus y Folkman (1991), definieron el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, a medida de que va cambiando su relación con el entorno, debe contar principalmente con las estrategias defensivas que considera útiles para resolver el problema; tiene que ver con la toma de una decisión principalmente en la búsqueda y evaluación de información; es decir que dependen de la interpretación o evaluación que el individuo haga de ellas, si los eventos o situaciones se perciben como amenazantes o peligrosos para el propio bienestar, el individuo debe responder de alguna manera.

Caballo (1998), define el afrontamiento como cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, que funciona para eliminar, disminuir los estímulos estresantes o para tolerar, al menos, los efectos perjudiciales que tienen como consecuencias los eventos nocivos del entorno. En cualquier caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables, funcionales o constructivos, o por el contrario llegar a causar más problemas.

Sandín en 2003, (citado por Tobón, Núñez y Vinaccia, 2004), define el afrontamiento como “el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que llevan a cabo las personas para hacer frente al malestar emocional o a las demandas estresantes”, el afrontamiento es adaptativo de acuerdo a las características de una situación y teniendo los recursos personales el individuo logra evitar o aminorar de forma significativa el grado de amenaza, el malestar emocional negativo y la tensión física asociada.

Scheier, Wientraub y Carver en 1989; (citados por Quaas, 2006), explican que el afrontamiento se refiere a las predisposiciones personales que el individuo genera para hacer frente a las situaciones difíciles, ante estas situaciones difíciles cada individuo genera las estrategias de afrontamiento que más le parezcan favorables para resolver la problemática, por ejemplo asumir una actitud religiosa a fin de conseguir de la divinidad la solución, en otros casos puede ser que el individuo afronte su problemática tratando de estudiar e informarse sobre el mal que le aqueje a él o a su ser querido, o bien buscando el apoyo de amigos y familiares, entre otras muchas formas de afrontamiento.

Frydenberg y Lewis 1996; (citados por Fantin, Florentino, Correche, 2005), explican que el afrontamiento está definido como las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectiva, en las que es posible hacer una distinción entre afrontamiento general y específico, es decir el modo que la persona encara cualquier situación general y una problemática particular.

Mochales y Gutiérrez 2000; (citados por Moysén, Garay, Esteban y Gurrola, 2011), mencionan que el afrontamiento son los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales y que una persona lleva a cabo para manejar el estrés psicológico, sin importar, de momento, los resultados. El proceso de afrontamiento no necesariamente es constructivo o destructivo por sí solo, sino que sus costos y beneficios dependerán de la persona, de su momento y del contexto de estrés.



Englobando estas definiciones se puede concluir que el afrontamiento se refiere a la capacidad con que cuentan las personas para enfrentar con éxito situaciones agradables o desagradables, tomando en cuenta que éstas son determinadas por las características individuales y ambientales, las cuales juegan un papel importante en los procesos de evaluación repercutiendo directamente tanto en la respuesta emocional como en la conductual. Asimismo está constituido por los esfuerzos conscientes voluntarios de naturaleza cognitiva o conductual empleados con objeto de regular la emoción, el pensamiento, el comportamiento, la fisiología y el ambiente en respuesta al acontecimiento o circunstancias estresantes.

A continuación se describirá el concepto de Estrategias de Afrontamiento propuestas por diversos autores.

## **2.2 Estrategias de Afrontamiento.**

Las primeras investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento fueron propuestas por Lazarus y Folkman en 1984, 1986 y 1991, ellos explicaron que las estrategias de afrontamiento “son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”, Lazarus y Folkman, (1991 págs. 141, 164 y 172), es decir, cuando el individuo reacciona ante una situación estresante o ante una determinada emoción, puede adoptar dos tipos de afrontamiento: conductual y emocional. El primero se centra en la solución del problema y se define como afrontamiento conductual, son los esfuerzos hechos por el individuo para manejar o alterar el problema que está causando el malestar, son situaciones en las que se puede hacer algo constructivo y que puede favorecer a la solución del problema, a la

búsqueda de soluciones alternativas en base a su costo y beneficio y a su elección y aplicación. Tales estrategias tienen como objetivo manejar la situación que perturba al individuo actuando directamente o bien buscando apoyo social, algunos individuos presentan también la habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado. Las estrategias de resolución de problemas también son conocidas como estrategias de afrontamiento activo.

El segundo tipo de afrontamiento se centra en la regulación emocional, es decir, en aquellos métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema, situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación. Esta estrategia se utiliza para conservar la esperanza y el optimismo, tiene como función reducir la tensión indirectamente o controlar las emociones y están centradas en el individuo, éste intenta disminuir la activación fisiológica y la reacción emocional asociadas al episodio estresante con objeto de aminorar el impacto sobre el individuo y mantener el equilibrio afectivo, también son conocidas como estrategias de afrontamiento pasivo.

Moos y Billings 1982; (citados por Popp, 2008), añaden un tercer modo de afrontamiento centrado en la evaluación, donde el individuo busca definir la situación causante de tensión y reflexiona sobre sus causas y posibles soluciones.

Para Frydenberg y Lewis 1996; (citados por Fantin, Florentino, Correche, 2005), las estrategias de afrontamiento se agrupan en tres estilos básicos:

- a) dirigido al problema
- b) dirigido a la emoción y
- c) afrontamiento improductivo, esta última es una combinación de las estrategias de evitación no-productivas que están asociadas a una incapacidad para afrontar.

Endler y Parker, 1990; (citados por Sanjuán y Magallanes, 2007), por su parte, identificaron tres dimensiones básicas de las Estrategias de Afrontamiento que son:

- a) Afrontamiento centrado en la tarea, donde el individuo realiza actividades de planificación y solución de las situaciones problemáticas, realiza esfuerzos mediante reestructuración cognitiva o intentos para modificar la situación, como por ejemplo determinar una acción a seguir y llevarla a cabo.
- b) Afrontamiento centrado en la emoción que se refiere a sentir las consecuencias emocionales derivadas del hecho de experimentar situaciones difíciles, estas personas responden al estrés con reacciones orientadas hacia sí mismos, centrando la actividad en reducir la tensión emocional causada por el factor estresante, como por ejemplo, ponerse muy tensas, sentirse culpables por no saber qué hacer o preocuparse demasiado.
- c) Afrontamiento con orientación hacia la evitación, son actividades conducentes al alejamiento y no afrontamiento del problema mediante la distracción, por ejemplo visitar o llamar a una amiga, salir fuera a comer, ver tiendas o bien Intentar dormir.

Scheier, Weintraub y Carver, 1986 y 1989; (citados por Quaas, 2006), indican que las Estrategias de Afrontamiento se dividen en:

- a) Afrontamiento centrado en el problema, que se refiere a la resolución del problema o “hacer algo” para cambiar el curso de la situación estresante.
- b) Afrontamiento centrado en la emoción que consiste en reducir o manejar el estrés emocional causado por la situación y
- c) Evitación al afrontamiento que se refiere a las conductas de evasión de cualquier afrontamiento del problema, en que el individuo pretende que no existe el problema y asume la actitud del “avestruz”.

### **2.3 Diferencia de Estrategias y Estilos de afrontamiento.**

Habiendo quedado claro el concepto de afrontamiento pasamos ahora a plantear las diferencias entre los conceptos de estrategias de afrontamiento y estilos de afrontamiento. Autores como Fernández-Abascal 1998; (citado por Loubat y Cuturrufu, 2007), mencionan que las Estrategias y los Estilos de Afrontamiento forman parte de un proceso psicológico que se pone en marcha ante cambios, situaciones no deseadas o estresantes, que se constituyen bajo la forma de características personales.

Por lo tanto define las diferencias entre estrategias de afrontamiento y estilos de afrontamiento: las *estrategias de afrontamiento* son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes, (p.90). Mientras que los *estilos de afrontamiento* se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las

preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional.

Respecto de los Estilos de Afrontamiento, distingue tres dimensiones: (Fernández-Abascal, 1997, p.190).

1. Según el método: Los estilos de afrontamiento pueden ser activos cuando se movilizan diferentes esfuerzos para solucionar el problema; pasivos cuando no se actúa sobre la situación o de evitación cuando se intenta huir o evitar de la situación y/o de sus consecuencias.
2. Según la focalización: El estilo de afrontamiento puede ser dirigido al problema, cuando es orientado a alterar o manipular el problema, dirigida a la emoción cuando es orientado a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar; o a modificar la evaluación inicial de la situación a la reevaluación del problema.
3. Según la actividad: El estilo de afrontamiento puede ser cognitivo que son los esfuerzos cognitivos o conductuales (acción manifiesta).

Frydenberg y Lewis en 1996; (citados por Fantin, Florentino, Correche, 2005) mencionan que las estrategias de afrontamiento son un conjunto de recursos y esfuerzos cognitivos y comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o modificar la evaluación inicial de la situación, representan las acciones o esfuerzos cognitivos o conductuales puestos en marcha ante un episodio particular estresante y que pueden variar a través del tiempo y de contexto atendiendo a la naturaleza del estresor, estas acciones deliberadas suponen una tentativa para restaurar el equilibrio y reducir o eliminar la angustia experimentada por el individuo ante las situaciones

estresantes por lo tanto son procesos menos estables y duraderos, mientras que los estilos de afrontamiento constituyen las predisposiciones personales que caracterizan las respuestas del sujeto ante situaciones problemáticas, son procesos más permanentes en el individuo, modos repetitivos con los cuales el individuo responde a encuentros estresantes.

#### **2.4 Estrategias de Afrontamiento y sus Subescalas.**

En cuanto a las Estrategias de Afrontamiento Lazarus y Folkman, (1986), dividen las estrategias de afrontamiento en ocho subescalas;

- 1) Afrontamiento dirigido al problema: son acciones conductuales que van dirigidas a confrontar activamente al problema y tienen efectos positivos en el bienestar de la persona.
- 2) Pensamiento mágico: se refiere a las fantasías voluntarias y consientes que realiza un sujeto para solucionar el problema sin tener una participación activa.
- 3) Distanciamiento: el sujeto evade todo contacto con el problema y su solución para reducir la angustia que éste le provoca.
- 4) Búsqueda de apoyo social: describe esfuerzos para buscar apoyo informativo; así como de una red de apoyo social que provea de solidaridad, consejo, atención, información, auxilio y protección.
- 5) Dirigirse a lo positivo: se refiere a los esfuerzos para crear resultados positivos enfocándose al crecimiento personal; manifestando una sensación positiva de su propio valor, una visión positiva hacia los demás y en general, una sensación de optimismo.

- 6) Autocrítica: el sujeto reacciona con una conducta de autocastigo y crítica hacia sí mismo, lo que da como resultado un sentimiento de culpa,
- 7) Reducción de la tensión: es el grado en que los sujetos usan conductas para promover o poner en riesgo la salud e incrementar o decrementar su bienestar físico; o bien, pueden optar por la creación de paraísos artificiales para mitigar una realidad poco placentera.
- 8) Introyección: describe esfuerzos del sujeto para regular sus sentimientos y acciones; guardan para sí mismos los afectos y sentimientos causados por el problema.

Autores como Tobin, Holroyd, Reynolds, y Wigal, 1989; (citados por Nava, Olluo, Vega y Soria 2010) y autores mexicanos como Cano, Rodríguez y García, 2007; (citados por Nava, Olluo, Vega y Soria 2010), confirmaron los hallazgos, en lo referente a los ocho factores, Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social, Expresión emocional, Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social, y Autocrítica.

Vitalino, Russo, Carr, Maiuro, y Becker, en 1985 y 1991; (citados por Quintanilla, Valadez, Vega, y Flores, 2006), coinciden con Lazarus y Folkman, (1986), al mencionar que las Estrategias de Afrontamiento, se agrupan en dos dimensiones. La primera dimensión se focaliza en la solución del problema, y la segunda se centra en el control de la emoción, sin embargo a partir de sus investigaciones proponen solo cinco categorías que son: Focalizada en la solución del problema, centrada en la búsqueda de soporte social (solución del problema), autoculpabilizante, centrada en la alteración del significado emocional y evitativa (control de la emoción).

Asimismo Góngora y Reyes 1998; (citado por Zavala, Rivas, Andrade y Reidl 2008), reducen las estrategias de afrontamiento en 5 estilos: Directo-Revalorativo, que significa resolver el problema, aprendiendo y obteniendo lo positivo; Emocional-Negativo, cuando se expresa una emoción y no se resuelve el problema; Evasivo, cuando la persona evade el problema o lo minimiza y no lo resuelve; Directo, cuando se hacen cosas para resolver el problema y Revalorativo cuando se le da un significado positivo al problema, mejora la percepción del mismo.

Fernández-Abascal 1998; (citado por Loubat y Cuturrufó 2007), describe que existen 18 estrategias de afrontamiento: reevaluación positiva, reacción depresiva, negación, planificación, conformismo, desconexión mental, desarrollo personal, control emocional, distanciamiento, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, evitar el afrontamiento, resolver el problema, apoyo social al problema, desconexión comportamental, expresión emocional, apoyo social emocional y respuesta paliativa.

En cuanto a los autores Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig y Pastor 1992; (citados por Mayo, Real, Taboada, Iglesias-Souto y Dosil 2012), en sus investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento en enfermos crónicos y en pacientes quirúrgicos, reduce las Estrategias de Afrontamiento en 11 escalas: Pensamientos Positivos, Culpación de Otros, Pensamiento Desiderativo, Búsqueda de Apoyo Social, Búsqueda de Soluciones, Represión Emocional, Contabilización de Ventajas, Religiosidad, Autoculpación, Resignación, Escape.

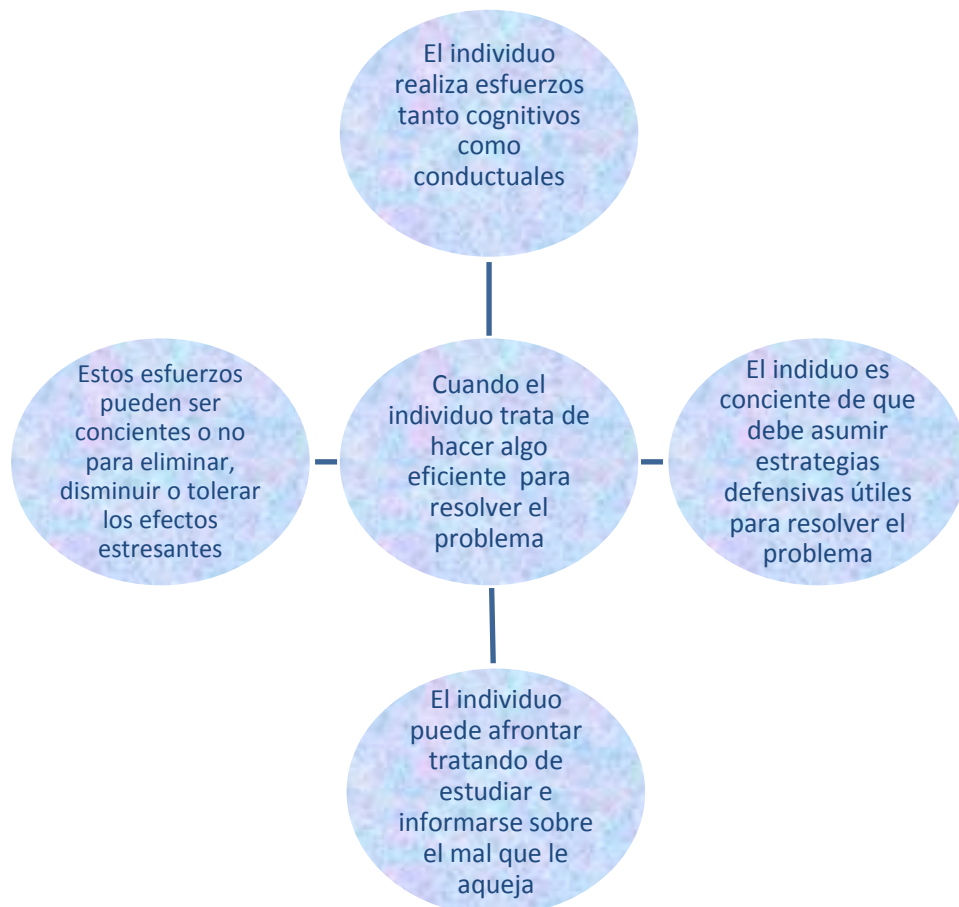


Como ha quedado explicado, se puede concluir que básicamente hay tres tipos de afrontamiento que se pueden resumir de la siguiente forma:

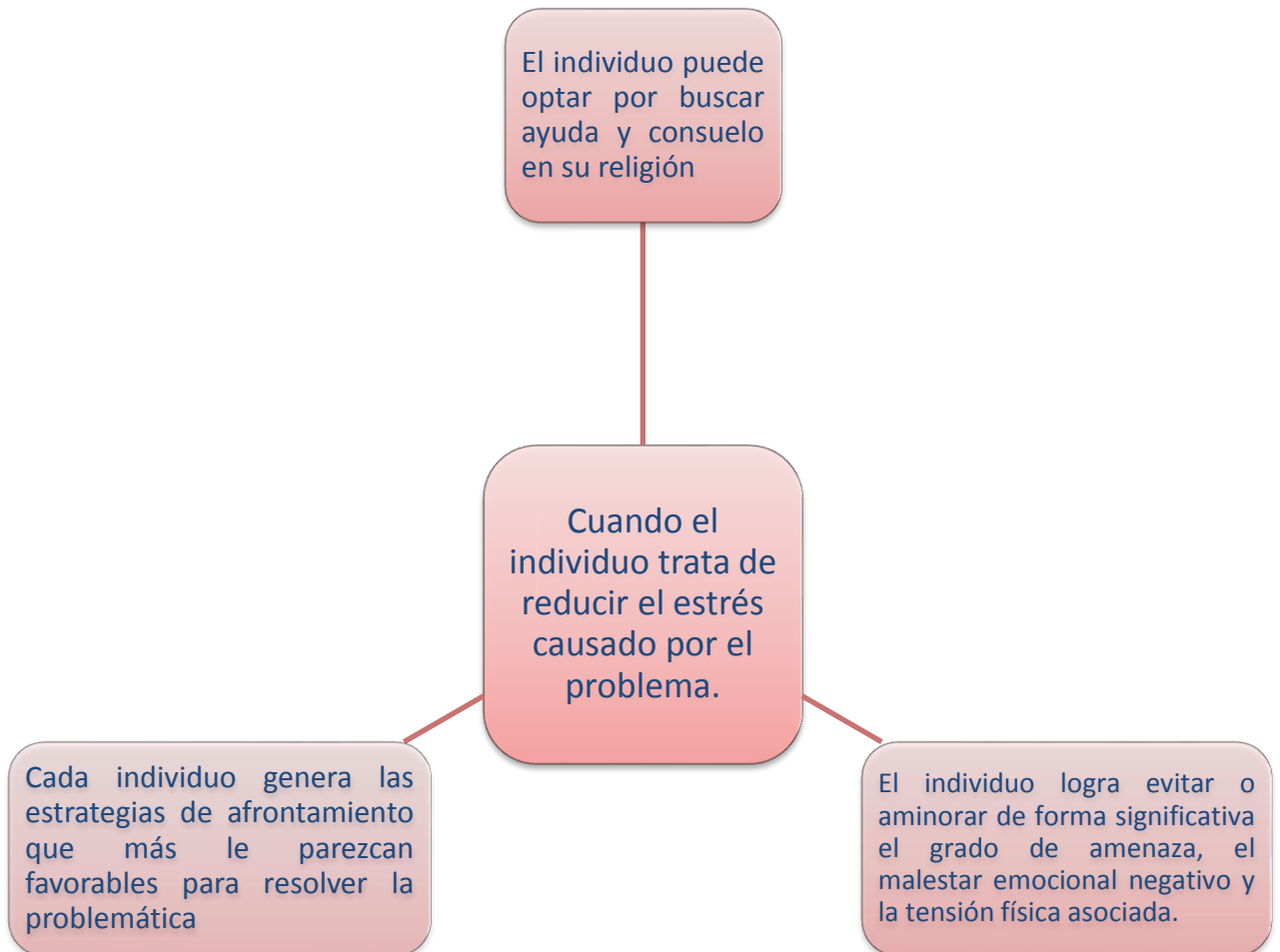
1. Cuando el individuo trata de hacer algo eficiente para remediar la causa del problema.
2. Cuando el individuo trata de reducir el estrés causado por el problema.
3. Cuando el individuo se niega a ver el problema y pretende ignorarlo.

Por lo que finalizamos con la presentación de los siguientes esquemas:

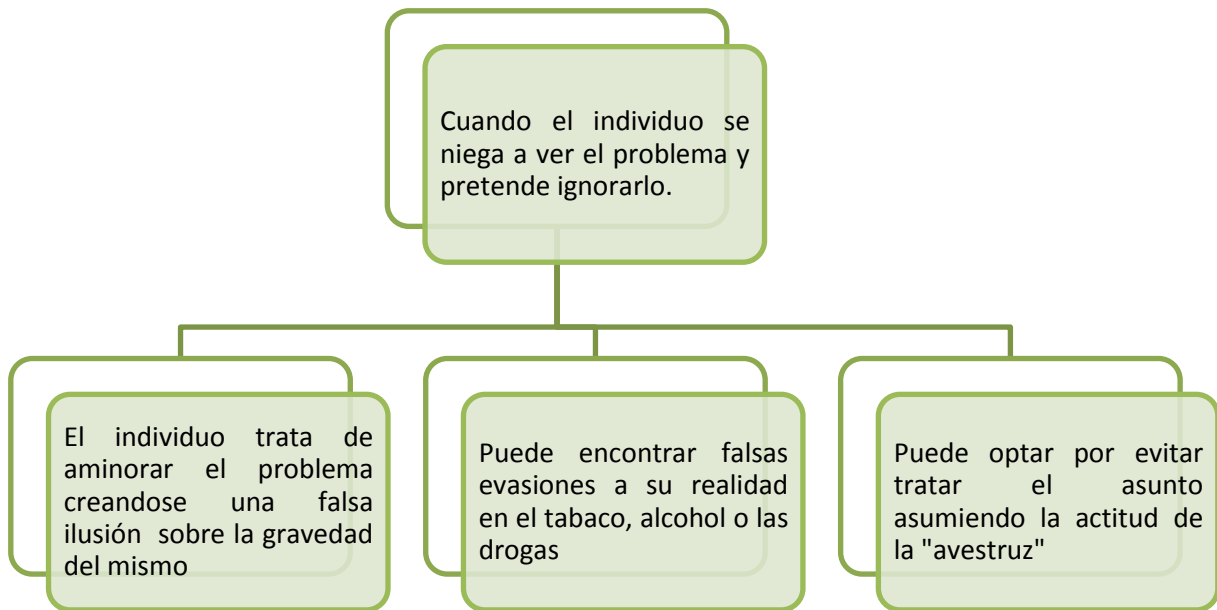
#### AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA



## AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LA EMOCIÓN



## EVITACIÓN AL AFRONTAMIENTO



En la actualidad se siguen utilizando infinidad de estudios que se han presentado en diversas investigaciones nacionales y extranjeras, por lo que es importante recordar que el marco socio-cultural de una comunidad determina las diversas formas de actuar, de sentir, de pensar y de percibir el mundo en su medio ambiente externo, definido por situaciones políticas, económicas, históricas, que delinear el comportamiento general de los individuos hacia determinadas variables psicológicas y sociales, que forman parte de una sociedad, por lo que cada estrategia de afrontamiento puede producir resultados positivos en un contexto, o en una persona en particular.

Es importante mencionar que también se ha encontrado que las estrategias y los estilos de afrontamiento evalúan los pensamientos y las acciones que los individuos usan para enfrentar los encuentros cotidianos, y que es de uso común usarlo en ambientes clínicos para determinar tipos y grados de psicopatologías o en métodos de intervención grupales.

En el siguiente capítulo se hablará de los tipos de Estrategias de Afrontamiento Dirigido al Problema y Dirigido a la Emoción que presentan las madres que tienen hijos con alguna dificultad de salud.

### **CAPÍTULO III**

#### **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MADRES QUE TIENEN HIJOS CON DIFERENTES ENFERMEDADES.**

En este capítulo se hablará sobre las estrategias de afrontamiento que utilizan las madres con hijos que padecen diversos problemas físicos incluyendo la hipoacusia las cuales les permiten anticipar las necesidades del niño, de ajustarse de mejor manera para atender a un niño con alguna enfermedad, apoyarlo en su proceso de desarrollo y aprendizaje así como lograr que tenga una mayor independencia. De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada se puede apreciar que existen pocos casos de madres con niños con hipoacusia es por esta razón que se considera de suma importancia efectuar en este estudio los casos de madres de niños con otros males como lo es el síndrome de Down y autismo, el de retinoblastoma, niños con secuelas de quemaduras, con parálisis cerebral, con fisura labio velo palatina, niños en unidad de cuidados intensivos, con hipotiroidismo y cuidadores primarios de enfermos crónicos y de pacientes ancianos con enfermedad crónica; con el fin de que las madres obtengan información que les ayude a brindarle una adecuada orientación que permita minimizar los efectos del estrés.

En la actualidad hay estudios que siguen aportando a esta investigación la utilización de las estrategias de afrontamiento que varios autores han diseñado o adaptado, revisado y aportado evidencias de validez sobre las pruebas propuestas por Lazarus, Folkman, (1991) con la finalidad de adecuarlas a las especificaciones de los sujetos en los diferentes contextos; a continuación se detallarán los siguientes autores en la forma que encontraron las madres para afrontar situaciones ante diversas enfermedades en sus hijos.

Castillo, (1997), en su estudio sobre los Estilos de Afrontamiento de un grupo de madres de niños de 0 a 6 años con diagnóstico de Retinoblastoma, identificó el empleo de un estilo de afrontamiento predominante ante la enfermedad, la muestra fue constituida por 80 madres de niños de 0 a 6 años de edad, captada en el Servicio de Oncología del Instituto Nacional de Pediatría.

Aplicaron el Inventario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1991), encontraron que de los estilos de afrontamiento reportado por las madres el más utilizado fue el de Reevaluación positiva para controlar o disminuir el estrés generado por la enfermedad del hijo, y los estilos menos utilizados fueron de Responsabilidad y Escape-evitación, debido a que las madres de los pacientes con cáncer viven con la incertidumbre de no poder predecir los resultados de sus hijos, con sentimientos negativos, como miedo, ansiedad y depresión, con pérdida de control y amenazas en la autoestima, ya que la madre no ejerce control sobre la enfermedad y tiene pocas opciones para resolver el problema. Por lo que las madres promueven esfuerzos para crear un significado distinto de la situación enfocado al crecimiento personal; con respecto a los estilos de afrontamiento de Responsabilidad y Escape-evitación fueron menos utilizadas, se puede pensar que el primero las madres presentan sentimientos de culpa que generan la mayor ansiedad.

En relación a la modificación de la relación familiar por la enfermedad la mayoría de las madres refirió haber mejorado, por lo que se puede determinar que la enfermedad del hijo no afectó la relación familiar, en cuanto a la participación de su pareja frente a la enfermedad, poco más de la mitad de las madres refirió haber sido activamente apoyada, por lo que respecta a la satisfacción personal de la madre, la mayoría asumió estar satisfecha consigo misma, podría ser que la autoestima no se vio deteriorada por la enfermedad de su hijo, refiriendo al estado físico de la

madre, más de la mitad mencionó no haber tenido afecciones durante el tratamiento de su hijo. Esto indica que la utilización del estilo de afrontamiento reevaluación positiva podría estar relacionada con una buena adaptación.

Stefani, Seidmann, Pano, Acrich y Bail, (2003), realizaron una investigación con cuidadores familiares de enfermos crónicos, el objetivo de la investigación fue explorar los estilos de afrontamiento utilizados por las madres e hijas cuidadoras si se relacionan con el aislamiento y la soledad emocional y social, los participantes fueron 143 cuidadores familiares de enfermos crónicos de los cuales 72 fueron madres que cuidaban a un hijo discapacitado y 71 fueron hijas que cuidaban a un progenitor anciano. Para ello aplicaron los instrumentos de Cuestionario de Afrontamiento utilizando la versión reducida por Vitaliano Russo, Carr, Maiuro y Becker (1985), el otro instrumento que utilizaron fue el Inventario de Soledad Emocional y Social de Vicenzi y Grabosky (1989), en dos formas apareadas la primera mide el aislamiento emocional y social y la segunda la soledad emocional y social.

Los resultados obtenidos con respecto a las Estrategias de Afrontamiento de las madres frente a la enfermedad crónica de un hijo, resultaron ser que las madres se involucran más en la estrategia de afrontamiento centrado en el problema y en la búsqueda de soluciones, esto es que generan relaciones de mayor apego y en la búsqueda de apoyo emocional, son responsables y artífices de cualquier cambio posible de la vida de sus hijos; para las hijas cuidadoras de la enfermedad crónica de un progenitor les altera el ritmo de vida familiar y genera sentimientos de preocupación y malestar, para disminuir la tensión recurren a las Estrategias de afrontamiento con Pensamiento Fantástico. En cuanto al aislamiento y soledad, social y emocional, las hijas presentan mayores

niveles de aislamiento, se sienten solas frente a la enfermedad de los padres ya que esto compete a ellas, en cuanto a las madres cuidadoras presentan menor sentimiento de soledad ya que las personas suelen identificarse con mayor facilidad con las madres que sufren por un hijo enfermo.

Moral y Martínez (2003), exponen las diferencias entre la madre y el padre ante el diagnóstico de cáncer del hijo en cuanto al estrés percibido y las estrategias de afrontamiento así como la asociación de las estrategias de afrontamiento con el estrés percibido por los padres y la asociación de estrés con la edad, el género del menor y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Para esto utilizaron el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Sandin y Chorot (2003), Escalas de Estrategias de Afrontamiento focalizadas en la solución del problema y enfocados a la emoción, participaron 15 parejas con hijos menores de edad diagnosticados con cáncer, del Centro de Beneficencia Pública de la Alianza Anti cáncer Infantil de la Ciudad de Monterrey.

Los resultados obtenidos sobre las estrategias de afrontamiento dominantes, fueron que las mujeres tienden a usar más que los hombres el afrontamiento focalizado en la solución del problema y la reevaluación positiva, debido a que la mujer ocupa un rol más activo y por el contrario los hombres usan más la evitación que las mujeres, ya que el hombre de acuerdo al rol tradicional es el sostén económico de la familia y debe hacerse responsable de ella interviene en la carga económica de la enfermedad de sus hijos. En cuanto al nivel de estrés percibido los hombres mostraron más estrés que las mujeres, el tipo de afrontamiento predominante ante la enfermedad del hijo fue la evitación. En relación a la asociación de las estrategias de afrontamiento con el estrés percibido por los padres se encontró que cuanto mayor es el afrontamiento por evitación, menor es la reevaluación positiva de la situación, se acude menos a la religión y se percibe más estrés. En las



madres se encontró que cuanto mayor es el afrontamiento por evitación, hay tendencia a percibir más estrés. Referente a la asociación de estrés con la edad, el género del menor y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. El estrés en madres y padres es independiente del género del hijo y del tiempo transcurrido desde el diagnóstico (de dos a seis semanas). Existe correlación directa entre el estrés de las madres y la edad de los hijos: a más edad del hijo, más estrés en la madre. En los padres la correlación no es significativa, pero sí de signo negativo. La correlación directa en la madre se atribuye al rango de edad de los menores, al no haber ningún infante en la muestra (menores de 2 años), cuando en otros estudios sí están incluidos. Por una parte, se tiene el tipo de vínculo que la madre establece con el infante, más simbiótico; por otra parte, la verbalización del sufrimiento, más clara en niños de más edad, podría estar determinando esta percepción de mayor estrés.

En resumen las mujeres tienden a usar más que los hombres el afrontamiento focalizado en la solución del problema y la reevaluación positiva; por el contrario, los hombres usan más la evitación que las mujeres.

Por otro lado Lagos, Loubat, Muñoz y Vera P. (2004), realizaron un estudio sobre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con secuelas de quemaduras visibles, el objetivo fue relacionar las estrategias de afrontamiento de padres de niños quemados con los niveles de ansiedad presentados por sus hijos, participaron 49 niños entre la edad de 6-9 años del Centro de Rehabilitación COANIQUEM y padres o tutores respectivos, aplicaron dos instrumentos de evaluación: el primero el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) y

el segundo instrumento el inventario de Ansiedad Estado/Rasgo para niños de Spielberger (1973), adaptado a Chile por Cambriasi y Villaseca (1992).

Los resultados de este estudio mostraron que las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas por los padres son la Reinterpretación positiva, el Autocontrol y la Resolución planificada, las madres crean significados positivos al enfocarse en el desarrollo personal y poseer una dimensión religiosa que orienta a una interpretación positiva, el autocontrol en los padres se explica que al regular sus emociones y acciones no demuestra descontrol favoreciéndose una actitud tranquila y calmada frente al acontecimiento y la resolución planificada de problemas se correlaciona con bajos niveles de ansiedad en los niños debido a que los esfuerzos se centran en analizar una situación y planear los pasos a seguir, caracterizando a esta estrategia principalmente como cognitiva, reflexiva y ausente de toma de riesgo. Estas tres estrategias se correlacionan negativamente de forma significativa con los niveles de ansiedad rasgo, con respecto a las otras estrategias se observó que dependen más del estresor mismo, de los recursos y limitaciones que la persona tenga para afrontar la situación.

Por otro lado De la Huerta , Corona y Méndez (2006), realizaron un estudio sobre la Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer, con el objetivo de identificar y evaluar los estilos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores ante el diagnóstico de cáncer en sus hijos, sus participantes fueron 50 cuidadores primarios (hombres y mujeres) de niños diagnosticados con cáncer entre las edades de un mes y 15 años, que se encontraban en el Servicio de Hemato-Oncología del Instituto Nacional de Pediatría, aplicaron el

instrumento de Salud y Vida Cotidiana HDL forma B, traducido y validado por Ayala y Aduna en (1989) en México, el instrumento consta de siete escalas incluido la de afrontamiento.

Los resultados que encontraron dentro de las estrategias de afrontamiento fue el cognitivo-activo con las escalas de búsqueda de información y resolución de problemas, seguido del conductual-activo posteriormente la regulación afectiva y el análisis lógico, siendo la estrategia de descarga emocional la menos utilizada por los cuidadores de niños con cáncer. Los padres tratan de centrar sus acciones en el análisis, la valoración y revaloración de las demandas provocadas por la enfermedad de su hijo y así darles un significado o modificar el ya el existente, logrando modificar la tensión provocada por la situación. En este estudio los cuidadores no pudieron apoyarse en su pareja, amigos o familiares debido a que se encontraban lejos de su lugar de origen, por lo que no cuentan con redes sociales para hacer frente a la situación.

En conclusión los padres utilizaron en mayor proporción la Búsqueda de Información y Solución de Problemas, se acercaron a un profesional para tratar de saber más sobre la enfermedad y crear planes de acción para el cuidado de la enfermedad de sus hijos.

Fragoso en (2006), identificó y describió los Estilos de Afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Los participantes fueron 49 cuidadoras de pacientes con esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, aplicaron el Cuestionario de Afrontamiento de Oxford, (1992), los resultados obtenidos arrojaron que la utilización con más frecuencia fue la escala sobreinvolucrado-implicado, con componentes de tipo asertivo y apoyo, esto es que responden con aceptación, auto sacrificio o resignación ante las conductas que presenta

un familiar. Los pacientes con esquizofrenia que presentaron recaídas con hospitalización se relacionaron con sus familiares que obtuvieron mayor puntaje en el estilo de afrontamiento sobre involucrado-implicado. Los cuidadores que presentaron mayor puntaje de la escala de afrontamiento sobre involucrado-implicado y de retiro contaban con estudios de preparatoria y universidad, el lugar donde los cuidadores realizaban sus ocupaciones diarias, no se relacionó con un estilo de afrontamiento en específico, los resultados indicaron que los cuidadores de pacientes con esquizofrenia requieren de atención por parte de los profesionales de la salud en forma de talleres de carácter psicoeducativo que les pueda proveer de información y orientación.

Los autores Limiñana, Corbalán y Patró (2007), hicieron una importante investigación sobre el Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina, por lo que es interesante conocer más acerca de algunas de las enfermedades que causan la hipoacusia, como lo es el Labio Leporino total o Fisura Labio Velo Palatina (FLVP), la mayor parte de estos niños presentan alteraciones fonatorias y otitis serosa, aportando a esta investigación el impacto psicológico, económico y psicosocial de la enfermedad de los hijos principalmente en las madres al sentir cómo sus expectativas e ilusiones son sustituidas por el diagnóstico de (FLVP). Para este estudio participaron 35 padres de 19 niños con el diagnóstico de Fisura Labio Velo Palatina (FLVP), de la Asociación de Fisura Palatina de Murcia, España (AFIMUR), aplicaron el cuestionario de Modos de Afrontamiento con la versión reducida y la adaptación española (Sánchez, Canovas, 1991), los resultados obtenidos de las estrategias de afrontamiento se encontraron que hay una mayor tendencia al uso de estrategias de afrontamiento dirigido al problema, basado en la Búsqueda de apoyo social y Reevaluación Positiva, Se observó una marcada ausencia de afrontamiento a la emoción, que junto a la baja adaptabilidad obtenida en el

Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) podría ser un factor de riesgo psicológico para estos padres y sus familias., debido a que los estilos de personalidad han demostrado ser una fuente de información sobre las consecuencias estables que la experiencia de la discapacidad de un hijo tiene sobre la organización psicológica y la conducta adaptativa de los padres, permitiéndoles identificar perfiles diferenciales de personalidad y modos preferentes de afrontamiento significativamente distintos a los de la población normal, que pueden resultar determinantes de su conducta adaptativa y por tanto, determinantes de su bienestar y de su salud.

En relación a los estilos de personalidad se encontró que los padres y madres de niños con un diagnóstico de FLVP muestran un perfil de personalidad caracterizado, en la dimensión motivacional del comportamiento, por una mayor orientación hacia el cuidado y las necesidades de los demás, que hacia la promoción de uno mismo. En la dimensión modo cognitivo se muestran poco inclinados a procesar información abstracta y simbólica, confiando más en la experiencia directa y los fenómenos observables; y poco dados a explorar formas nuevas e innovadoras de organizar y transformar la información. En su comportamiento interpersonal destacan por su afinidad social y su tendencia general a ser agradables, comprometidos y cooperadores; muy poco discrepantes y muy conformistas y respetuosos con las normas establecidas.

Dejo (2007), en su investigación con cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica, evaluaron la relación entre sentido de coherencia, estrategias de afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con demencia senil y otras enfermedades crónicas, la muestra estuvo compuesta por un total de 74 cuidadores familiares peruanos de ancianos 44 con Demencia y 30 con No Demencia, para ello aplicaron el cuestionario “Estudio de las Estrategias de

afrontamiento de la familia de Franz BaroMD, PhD (1996), este instrumento contiene las variables de Sentido de coherencia y Sobrecarga de los cuidadores familiares e invalidez. El sentido de coherencia es la capacidad y orientación global con las cuales un individuo encara los estímulos emanados de los medios internos y externos, (capacidad de comprensión), los recursos que tiene a su alcance para satisfacer las exigencias colocadas por esos estímulos.

Los resultados obtenidos de las variables de Sentido de coherencia, Invalidez del paciente, sobrecarga y manejo del significado fueron homogéneos tanto en el grupo de Demencia y No Demencia, no existen diferencias significativas en los promedios, lo que indicaría que dichas características son similares en ambos grupos. En cuanto a la correlación de Pearson de sentido de coherencia y sobrecarga se encontró una relación altamente significativa en el grupo de Demencia como en el grupo total, en donde el sentido de coherencia es más protector en situaciones de mayor enfermedad. En lo que respecta a la relación entre sentido de coherencia y la estrategia de afrontamiento: manejo de la situación, en el grupo total y el grupo de No Demencia, existe una relación significativa con el item “dirigir comportamiento” y una relación positiva en el grupo de No Demencia con el item “mantener ocupado al paciente”; y una relación positiva en el grupo total con el item “aprender sobre la enfermedad”. En cuanto a la relación entre sentido de coherencia y la estrategia de afrontamiento: manejo del distress, se encontró una relación inversamente significativa en el grupo total con los items “Comer” y “tomar calmantes”; así como una relación positiva con los items “hacer ejercicios” y “leer”.

Por lo que finalmente los cuidadores con un elevado sentido de coherencia evidencian menos probabilidades de percibir la sobrecarga, presentan mayor probabilidad de redefinir la situación y

darle un significado aceptable, asimismo presentan menos probabilidades de adoptar conductas mal adaptativas o potencialmente dañinas, existiendo un efecto protector del sentido de coherencia.

Hernández (2009), realizó un estudio sobre los tipos de afrontamiento y los factores asociados (ansiedad, depresión, apoyo social y C.I.) con las madres de niños con hipotiroidismo congénito, con el fin de determinar, describir los niveles de ansiedad, de depresión, y determinar relaciones de los estilos de afrontamiento, para obtener los resultados aplicaron el Inventario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, (1986), agrupada en dos tipos dirigido al problema y dirigido a la emoción; el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger, (1975); el inventario de Depresión de Beck, (1961); el Cuestionario de Apoyo Social de Sarason, (1983) y la prueba de Beta II-R con Coeficiente intelectual.

Los resultados obtenidos en los estilos de afrontamiento encontraron que la mayoría de las madres utilizaron el estilo de afrontamiento dirigido a la emoción con las escalas en su mayoría la de reevaluación positiva seguida de soporte social. Respecto al inventario de Depresión de Beck, se obtuvo que más de la mitad de las madres no tuvieron depresión. Referente al Cuestionario de Apoyo Social de Sarason, encontraron que las madres que cuentan con más de tres personas como principal apoyo tuvieron un alto grado de satisfacción y por último los resultados obtenidos del C.I. del niño fueron que la mayoría está en normal bajo y normal medio que abarca de los 80 a los 109 puntos del C.I. así como también los resultados de las madres se obtuvo que la mayoría estén por debajo del promedio entre los puntajes de 70 y 89 puntos.

En cuanto a las asociaciones se encontró relación entre los estilos de afrontamiento y los puntajes de mayor ansiedad lo que reduce la probabilidad de que la madre presente formas de afrontamiento

dirigido al problema, también se encontró la presencia de depresión moderada y severa en las madres que afrontaron centrándose en la emoción y de las estrategias que lo caracterizan la de distanciamiento.

Por último se encontró relación entre los estilos de afrontamiento Dirigido al Problema y Centrado a la Emoción con los puntajes de ansiedad; la ansiedad y la depresión están estrechamente relacionadas, existen menores puntajes de depresión materna que se relacionan con mayores puntajes de C.I. del niño, encontrando relación ente el C.I. materno y C.I. del niño.

Para conocer el estilo de afrontamiento y el nivel de estrés parental de padres de niños pequeños con discapacidad, (autismo y síndrome de Down) y sin discapacidad Dabrowska y Pisula (2010), aplicaron el Cuestionario de Recursos y Estrés (QRS) de Holroyd, (1974) para medir el estrés parental y el Inventario de Afrontamiento de situaciones estresantes (CISS) de Endler y Parke, (1990). Los resultados obtenidos mostraron que el nivel de estrés fue mayor en los padres de niños con discapacidad del desarrollo (autismo y síndrome de Down) que en los padres de niños con desarrollo normal. Los padres de niños con autismo mostraron mayor grado de estrés que los de niños con síndrome de Down, y las madres de niños con autismo mostraron más estrés que los padres.

En relación con los estilos de afrontamiento, los padres de niños con autismo puntuaron más bajo que los de niños con desarrollo normal en relación con la evitación mediante distracción social, debido a las carencias en la atención a los niños con autismo. Las madres de los tres grupos puntuaron más alto que los padres en el afrontamiento orientado hacia las emociones y en el



afrontamiento mediante distracción social, debido a que las madres están más implicadas en los cuidados a sus hijos, participan más activamente en la educación y buscan más apoyo social que los padres. En cuanto a los posibles factores de predicción, los padres de niños con autismo que tenían un nivel mayor de educación y los que utilizaban un afrontamiento orientado hacia las emociones, mostraron un nivel mayor de estrés. Igualmente, en el grupo de padres de niños con síndrome de Down, mostraron mayor estrés los que utilizaban un afrontamiento orientado hacia las emociones, esto implica que los padres conocen mejor la enfermedad y están más conscientes de los problemas o que tengan mayor debilidad ante circunstancias adversas. También el número de hijos fue predictor para el grado total de estrés en los padres que tenían un hijo con discapacidad. Por otra parte, el afrontamiento orientado hacia las tareas predijo un menor grado de desarrollo de estrés (Dabrowska y Pisula, 2010).

Finalmente lo que encontraron fue que en cuanto al estilo de afrontamiento, la mayor diferencia observada estuvo en la vertiente de la evitación en los padres de niños con autismo y concretamente en la diversión social, mostrando una menor tendencia a salir y distraerse debido a que sufren una mayor carga que les impide recurrir a esos recursos y en general las madres mostraron mayor grado de afrontamiento orientado emocionalmente quienes buscaron mayor apoyo social que los padres.

Rubiños, (2012), realizó una investigación sobre el Estrés, ansiedad y estilos de afrontamiento de padres con hijos internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), los participantes de la investigación fueron 7 padres de familia de neonatos y niños que se encontraban hospitalizados en

la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) del Hospital de la Niñez Oaxaqueña, “Doctor Guillermo Zárate Mijangos”.

Para medir los niveles de ansiedad aplicaron a los padres de familias de hijos en la UCI el pretest del “Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado Spielberg (1973) y R.L. Gorsuch, encontrando que los 7 participantes presentaron niveles elevados, debido a que en algún momento mostraron preocupación y dolor ante el dolor físico de sus hijos, por los procedimientos médicos, por desesperación y frustración y por no poder hacer más que esperar, por la incertidumbre y miedo ante lo que sucedería con la vida de sus hijos y preocupación por quienes tenían más hijos y no podían estar con ellos, por la situación económica, por no poder acudir a su trabajo (en el caso de los asistentes del sexo masculino). En lo que se refiere a los niveles de estrés de los padres de familia en su mayoría no resultaron elevados esto se puede decir que los padres no consideran el internamiento de sus hijos como una situación que exceda sus recursos personales ni ponga en peligro su bienestar personal. Con respecto a las estrategias de afrontamiento aplicaron el Inventario de Estrategias de afrontamiento (CSI) de Tobin, Horold, Reynolds y Kigal (1989), adaptado por Cano, Rodríguez y García (2006), encontraron que ante la hospitalización en el área de cuidados intensivos de sus hijos, las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron las estrategias de afrontamiento adecuadas (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional), debido a que presentan bajos niveles de estrés esto es porque recurren a la resolución de problemas confrontándolos, con apoyo social hablando con alguien de su confianza o bien expresando sus emociones mediante el llanto. En cuanto a las estrategias de afrontamiento inadecuadas (autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social) resultaron las menos utilizadas.

Vázquez (2012), hizo una importante investigación sobre el afrontamiento y calidad de vida en la diada paciente-cuidador ante un Evento Vascular Cerebral, con el fin de encontrar las diferencias en las estrategias de afrontamiento que utilizan las diadas paciente con EVC y sus cuidadores, e identificar la relación con las variables de Calidad de Vida y Depresión, la muestra estuvo conformada por 23 diadas de pacientes con EVC y sus cuidadores en total 46 personas del instituto Nacional de Neurología Manuel Velasco Suarez, para ello aplicaron el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés de González y Landero (2007), escala Mini Mental de Villaseñor, Guardia, Jiménez, Rizo y Però (2009), Escala de Calidad de vida para el Ictus (EVC-2), de Fernández, Román, Álvarez, Verdecía, Ramírez, Martínez y Buergo (2004), encuesta del Estado de Salud SF-36, de Alonso, (2000), y por último el Inventario de Depresión de Beck, de Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998).

Los resultados obtenidos mostraron que el afrontamiento en pacientes y cuidadores se presentó de manera diferente, puesto que los cuidadores utilizan con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento focalizado en la solución de problemas, y los pacientes hacen uso de la estrategia de autofocalización negativa, como una forma de enfrentar las situaciones en su vida cotidiana, por lo tanto la tendencia en el afrontamiento de los pacientes es de pensamientos pesimistas, mostrando una percepción de culpabilidad, en los cuidadores afrontan con una solución objetiva y centrada en el problema su esfuerzo es persistente y determinante. En lo que respecta al impacto en la calidad de vida y depresión, se encontró que la pareja del paciente utiliza más frecuentemente la solución de problemas como estrategia de afrontamiento así como buscar ayuda a su pareja, por otro lado el paciente con las consecuencias de su salud y afectación en su independencia utiliza con mayor frecuencia la estrategia de focalización negativa en sí mismo.

La correlación del mini mental con las escalas de calidad de vida e inventario de depresión de Beck se concluye que la prueba es sensible al daño ocasionado por el EVC, afectando la percepción de calidad de vida y estado de ánimo en el paciente. En relación al inventario de depresión de Beck se encontró que los pacientes tienen mayor sintomatología depresiva que sus cuidadores, En la puntuación obtenida del Mini Mental no hubo diferencias significativas entre ambos integrantes de la diada, no mostrando presencia de algún deterioro en el estado mental.

En este capítulo se vio cómo las madres utilizan las estrategias de afrontamiento ante diversas enfermedades de sus hijos, así como también se vio cómo los cuidadores primarios afrontan las situaciones ante pacientes con enfermedad crónica, pacientes con esquizofrenia y ancianos con enfermedad crónica, observándose que las estrategias más utilizadas fueron las de Solución del Problema y Revaluación Positiva, debido a que la mujer ocupa un rol más activo y los cuidadores primarios promueven sus esfuerzos para crear un significado distinto de la situación enfocado al crecimiento personal.

En resumen, con las investigaciones realizadas en madres que tienen hijos con diferentes enfermedades y casos similares como son las cuidadoras de pacientes enfermos y de ancianos, se concluye que las estrategias de afrontamiento dirigido al problema y dirigido a la emoción son utilizadas para reducir o eliminar la ansiedad o el estrés causante, observándose que las madres tienden más a la participación en la educación de sus hijos, buscan el apoyo social y emocional, acercándose a los profesionales para obtener información referente a la enfermedad de su hijo y buscando la solución o paliación del problema.

A continuación se describirá el proceso de la investigación, los sujetos estudiados, el material utilizado, lugares donde se llevó a cabo la presente investigación así como la metodología planteada.

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA.**

#### **4.1 JUSTIFICACIÓN.**

El concepto de estrategias de afrontamiento ha sido trabajado en el campo de la salud mental y la psicopatología principalmente relacionado con el estrés, las emociones y la solución de problemas. Las estrategias de afrontamiento, forman parte de los recursos psicológicos del individuo, siendo una interacción constante entre el sujeto y su entorno para obtener el bienestar psicológico. Desde el punto de vista metodológico, esto adquiere un significado importante en los estudios realizados que permite estudiar el fenómeno como afrontamiento ante situaciones de la vida cotidiana como en este tema en madres que tienen hijos con alguna enfermedad así como en su lucha por mantener proyectos de vida en el desarrollo de sus hijos.

Las estrategias de afrontamiento han sido estudiadas por autores como: Lazarus, y Folkman, (1984, 1986, 1991), quienes mencionan que son procesos cognitivos empleados para reducir la ansiedad, manejar las situaciones conflictivas para reducir el estrés; Caballo (1998), describe que los esfuerzos sean saludables o no, conscientes o no, funcionan para eliminar, o disminuir los estímulos estresantes que tienen como consecuencias los eventos nocivos del entorno; Sandín, (2003) define que son los esfuerzos cognitivos y conductuales que llevan a cabo las personas para hacer frente al malestar emocional o las demandas estresantes; Frydenberg y Lewis (1996), las definen como procesos cognitivos para lograr una transición y una adaptación efectiva; Scheier Wientraub, y Carver, (1989) opinan que los individuos generan sus estrategias de afrontamiento más favorables para resolver su problemática tratando de estudiar e informarse sobre el mal que

le aqueje a él o a su ser querido, o bien buscando el apoyo de amigos y familiares; y finalmente Mochales y Gutiérrez (2000), hacen mención de que el proceso de afrontamiento no necesariamente es constructivo o destructivo por sí solo, sino que sus costos y beneficios dependerán de la persona, de su momento y del contexto de estrés.

En este tema y en general las estrategias de afrontamiento de las madres de niños con diagnóstico de hipoacusia, ha sido poco estudiado y ha tenido escasa difusión en el área de la Psicología, prevaleciendo solo el tratamiento médico, la terapia y la rehabilitación fonológica, no obstante, en la actualidad se reconoce que un niño con diagnóstico de hipoacusia presenta alteraciones no solo a nivel físico sino también a nivel psicológico afectando además, a su grupo familiar y a su entorno social.

Es por eso que la presente investigación tuvo como finalidad identificar el tipo de estrategia de afrontamiento que adoptaron las madres que tienen hijos con el diagnóstico de hipoacusia, las cuales acudieron al Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje (IMAL), Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) y el Instituto Pedagógico para Problemas de Lenguaje I.A.P. (IPPLIAP).

Es de suma importancia el presente estudio porque la madre es el factor primario ante la diada madre-hijo, quién presentan un cúmulo de emociones como sentimientos de dolor, de culpa, de enojo, de tristeza, temor ante el pronóstico de su hijo, depresión, desamparo ante la familia, tristeza o falta de esperanza e impotencia, desconocimiento de la enfermedad de sus hijos cuando uno de sus hijos presenta alguna alteración de salud.

## **4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Las madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia utilizan las estrategias de afrontamiento de tipo Dirigido al Problema?

## **4.3 OBJETIVO.**

### **4.3.1 Objetivo General.**

Determinar si las madres que tienen hijos con hipoacusia manejan en mayor proporción las estrategias de afrontamiento de tipo Dirigido al Problema.

### **4.3.2 Objetivos Específicos.**

- Aplicar el Cuestionario de Modos de Afrontamiento (WOC, de Lazarus y Folkman, 1991).
- Analizar los datos obtenidos de los cuestionarios de estrategias de afrontamiento.
- Determinar qué tipo de estrategias de afrontamiento manejan en mayor proporción las madres que tienen hijos con hipoacusia.

## **4.4 HIPÓTESIS.**

### **4.4.1 Hipótesis de Trabajo.**

Las madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia manejan en mayor medida las estrategias de afrontamiento dirigido al problema.



#### **4.4.2 Hipótesis Nula.**

Las madres que tiene hijos con diagnóstico de hipoacusia, no manejan en mayor medida las estrategias de afrontamiento dirigido al problema.

#### **4.4.3 Hipótesis Alternativa.**

Las madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia manejan las estrategias de afrontamiento dirigida a la emoción.

### **4.5 VARIABLES.**

#### **4.5.1 Variable Independiente:**

Madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia.

**Definición conceptual:** madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia (*bypoacosis*) disminución de la sensibilidad auditiva, mejor conocida en un término coloquial como sordera. (Ocean. Mosby 2009).

#### **Definición operacional:**

Madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia que se diagnosticó mediante estudios multidisciplinarios que abarcaron las especialidades de Pediatría, Otorrinolaringología, Audiología, Otología y Neurología.

**Variable Dependiente:**

Estrategias de Afrontamiento.

**Definición conceptual:**

Estrategias de Afrontamiento: son los procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y / o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Se distinguen dos tipos generales de estrategias: Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y Estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción (Lazarus y Folkman, 1991).

Las Estrategias de afrontamiento dirigidas al Problema: son aquellas directamente a manejar o alterar el problema que está causando el malestar, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, también conocidas como estrategias de afrontamiento activo, están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas en base a su costo y beneficio y a su elección y aplicación, tiene como objetivo manejar la situación que perturba al individuo actuando directamente; dentro de éstas se encuentra el apoyo social, el control y la anticipación, (Lazarus y Folkman, 1991).

Las Estrategias de afrontamiento dirigidas a la Emoción: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema, situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación, favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones, son también conocidas como estrategias de afrontamiento pasivo, tiene como función reducir o controlar las emociones y están centradas en el individuo incluye estrategias como la evitación, minimización, distanciamiento,

atención selectiva, comparaciones positivas, se utiliza para conservar la esperanza y el optimismo.

**Definición operacional:**

Las Estrategias de Afrontamiento se determinaron mediante la utilización del Cuestionario de Modos de Afrontamiento WOC, de Lazarus y Folkman (1991). La escala consta de 66 reactivos, que son afirmaciones respecto a los tipos de afrontamiento, dirigidos al problema y a la emoción, se divide en 6 escalas: Flexibilidad de Afrontamiento, Afrontamiento Dirigido al Problema, Revaloración Positiva, Afrontamiento Dirigido a lo Positivo, Pensamiento Mágico, y Distanciamiento, cuyo objetivo es evaluar el afrontamiento como proceso que hace referencia a los pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Estrategias de Afrontamiento Dirigidas al Problema, se refiere a aquellos comportamientos orientados a manipular o alterar el problema, se subdivide en tres escalas:

1. Flexibilidad de Afrontamiento.- Se asocia con altos niveles del yo, son procesos maduros y con toma de decisiones de alta calidad y con adaptabilidad, le corresponde a esta subescala las preguntas (6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20).
2. Afrontamiento dirigido al problema.- son acciones conductuales que van dirigidas a confrontar activamente al problema y tienen efectos positivos en el bienestar de la persona, las preguntas correspondientes son: (22 23 25 26 27 29 30 31 35).

3. Revaloración positiva.- son los esfuerzos de crear resultados significados positivos de la situación enfocarse en el desarrollo personal, además posee una dimensión religiosa que orienta a una interpretación positiva del problema, (63 64 65 66).

Estrategias de Afrontamiento Dirigidas a la emoción, son los comportamientos cuya función es la de regular la respuesta emocional a que el problema da lugar (Folkman y Lazarus, 1980). Se subdivide en tres escalas:

1. Pensamiento mágico.- se refiere a las fantasías voluntarias y conscientes que realiza un sujeto para solucionar el problema sin tener una participación activa. (55 56 57 58 59 60 61 62 ).
2. Distanciamiento.- el sujeto evade todo contacto con el problema y su solución, para de esta manera reducir la angustia que éste le provoca, refiriéndose a los esfuerzos cognitivos por separarse y minimizar el significado de la situación. (2 33 34 40 47 50 53).
3. Afrontamiento Dirigido a lo positivo.- se refiere a los esfuerzos para crear resultados positivos enfocándose al crecimiento personal; manifestando una sensación positiva de su propio valor, una visión positiva hacia los demás y en general, una sensación de optimismo, (5 37 38 39 41 42 43 44 45 46 48 49 51).

#### **4.6 TIPO DE ESTUDIO.**

Este estudio fue tipo Descriptivo, en base a los datos que se analizaron como son las características socio demográficas de la madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia, para representar las tendencias de la población y analizar la presencia de variables (Hernández, Collado y Baptista, 2006).

#### **4.7 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

El estudio fue de Diseño No Experimental, de tipo Transversal en razón de que sólo se analizaron los fenómenos en su ambiente natural, se recopilaron los datos para describir las variables y analizar el tipo de estrategias de afrontamiento que presentaron las madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia, (Hernández, Collado y Baptista, 2006), estudio que se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observó y analizó los fenómenos en su ambiente natural.

#### **4.8 ESCENARIO.**

La investigación se realizó aplicando un cuestionario de modos de afrontamiento a las madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia del Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje (IMAL), Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) y el Instituto Pedagógico para Problemas de Lenguaje I.A.P. (IPPLIAP). Institutos en que se encuentran sus hijos recibiendo terapia de lenguaje, rehabilitación fonológica y cursando educación primaria.

En el Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje (IMAL), es la primera institución privada en la Audiología y la Foniatría en América Latina, en la que se realizan diversos estudios médicos, psicológicos, pedagógicos, audiología, neurólogos, foniatras y terapeutas.

El objetivo principal es preparar la formación profesional universitaria en las áreas de audiometría y rehabilitación auditiva, Licenciado en terapia de la audición, la voz y el lenguaje oral y escrito, Maestro e investigador en la patología de la audición y el lenguaje.

Los Titulares profesionistas universitarios se desempeñan previniendo, estudiando, diagnosticando, atendiendo y rehabilitando problemas dentro de un equipo profesional multidisciplinario, en el campo de:

- La sordera (audiología).
- La voz (foniatría).
- Lenguaje oral (neuro y psicolingüística).
- Lenguaje escrito (neuro y psicolingüística).

En el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), es una institución de asistencia pública perteneciente a la Secretaría de Salud de México, su especialidad es la Rehabilitación, es una de las primeras en su género en América Latina, sus principales especialidades son: Audiología, Foniatría, Patología del Lenguaje, Ortopedia, Medicina de Rehabilitación, Atención a Quemados, Medicina del Deporte, Oftalmología, Otorrinolaringología y Anestesiología, cuyo objetivo es apoyar al sistema nacional de salud para impulsar acciones de prevención de la discapacidad y mejorar la atención con discapacidad, Proporciona servicios de calidad para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, de la audición, voz, lenguaje, cardiorrespiratorio, así como lesiones deportivas, y de todo tipo discapacitantes; Forman y capacitan recursos humanos para la rehabilitación, desarrollan investigaciones científicas, abarcando integralmente los aspectos físico, psicológico, social, ocupacional de cada

paciente, así como desarrollar investigación científica que permita un amplio conocimiento de los fenómenos epidemiológicos de la discapacidad para prevenir y detectar precozmente el diagnóstico y el tratamiento.

Instituto Pedagógico para Problemas de Lenguaje I.A.P. (IPPLIAP), Es una Institución de Asistencia Privada, sin fines de lucro, que brinda sus servicios sin importar la situación económica de sus alumnos, atiende a niños y adolescentes en primaria y preescolar, grupos de lenguaje o talleres extraescolares, su objetivo es formar y educar a niños y adolescentes con problemas de audición, lenguaje y aprendizaje y contribuir a su integración digna a la sociedad.

Los servicios que ofrece la institución son: Preescolar para niños sordos, Primaria para niños sordos, Grupo de Estimulación del Lenguaje, Servicios de apoyo, diagnóstico, Terapias de Neurodesarrollo, Psicoterapia, Taller de computación, Taller de Artes Plásticas, Talleres de apoyo extra/escolar como talleres de lenguaje, taller de lectoescritura y talleres de Matemáticas.

Tienen como propósito fundamental el tratamiento de niños y adolescentes con problemas de audición, lenguaje y problemas específicos en el aprendizaje, dando atención a todo aquel niño o adolescente, preferentemente de escasos recursos, que requiera de sus servicios.

#### **4.9 POBLACIÓN.**

La población de estudio en esta investigación, la constituyeron las madres que tenían hijos con diagnóstico de Hipoacusia del Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje (IMAL), Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) y el Instituto Pedagógico para Problemas de Lenguaje I.A.P. (IPPLIAP).

#### **4.10 MUESTREO.**

Se utilizó un muestreo No Probabilístico, de sujetos voluntarios en donde la elección de madres fueron sujetos a análisis de acuerdo a las circunstancias fortuitas, (Hernández, Collado y Baptista, 2006).

Participaron 66 madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia, siendo 23 del Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje (IMAL), 24 del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) y 19 del Instituto Pedagógico para Problemas de Lenguaje I.A.P. (IPPLIAP).

#### **4.11 INSTRUMENTO.**

Para la realización de esta investigación se aplicaron los siguientes cuestionarios:

1.-Cuestionario de datos generales en la cual se obtuvieron los siguientes datos: Edad del niño(a), edad de la madre, estado civil, nivel educativo, ocupación, nivel de audición. (Anexo 1).

2.- Cuestionario de Modos de Afrontamiento (WOC) de Lazarus y Folkman (1991), A fin de describir los tipos de estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia; es una prueba de papel y lápiz, que se aplica en adultos, utilizando un tiempo de 15 a 20 minutos, consta de 66 items divididos en dos tipos: Estrategias de Afrontamiento dirigido al Problema y a la Emoción, dividida a su vez en seis escalas, Flexibilidad de afrontamiento, afrontamiento dirigido al problema, reevaluación positiva, afrontamiento dirigido a lo positivo, pensamiento mágico y distanciamiento, cuyo objetivo es evaluar el afrontamiento como proceso que hace referencia a los pensamientos, reinterpretaciones, conductas, que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación, (Anexo 2). La confiabilidad global del



instrumento se calculó mediante el análisis de consistencia interna de Alfa de Cronbach de .90, traducido en castellano y estandarizado para una población de adolescentes mexicanos escolares a nivel de preparatoria y a nivel de licenciatura de las escuelas públicas como la Escuela Nacional de Preparatoria N. 5 y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. La validez del cuestionario tuvo alto poder de discriminación de los reactivos (1 3 4 21 24 28 32 36 52 54). El cuestionario se conforma de la siguiente manera:

0 En absoluto 1 En alguna medida 2 Bastante 3 En gran medida	
<b>Afrontamiento Dirigido al Problema</b>	<b>Afrontamiento Dirigido a la Emoción</b>
Flexibilidad de Afrontamiento	Afrontamiento Dirigido a lo Positivo
Afrontamiento Dirigido al Problema	Pensamiento Mágico
Revaloración Positiva	Distanciamiento

#### 4.12 PROCEDIMIENTO.

El estudio se realizó en la sala de reuniones de los institutos públicos y privados IMAL, INR, IPPLIAP, lugar en que asisten las madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia, Con objeto de tener acceso a estas instituciones se presentó una carta, extendida por la Universidad Insurgentes incorporada a la Universidad Autónoma de México, firmada por el asesor de la tesis, donde se manifestaron los propósitos de la investigación, así como el plan de trabajo a realizar dentro de las instalaciones.

Se contactó con las madres y se programó cita para solicitar su participación voluntaria como integrantes de la muestra de estudio con consentimiento informado de los objetivos y pasos a

seguir. La madre acepta y de esta manera se formaliza su participación y completan el protocolo de datos generales como sexo, edad de la madre, edad del niño(a), estado civil, nivel de escolaridad, ocupación y el Cuestionario de Modos de Afrontamiento.

A las madres voluntarias se les aplicó el cuestionario de datos generales y el cuestionario de modos de afrontamiento, se llegó a un acuerdo con las madres para seleccionar el horario conveniente y no interrumpir las actividades académicas, terapias y tratamientos.

#### **4.13 ANÁLISIS DE DATOS.**

Se usó estadística descriptiva para describir las características generales de los sujetos de estudio y de las variables determinando media, desviación estándar y en las variables de tipo numérico y porcentajes en las variables nominales con el fin de identificar qué tipo de estrategia de afrontamiento manejan las madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia.

Con los datos obtenidos se procedió a realizar un análisis descriptivo y las correlaciones existentes entre las estrategias de afrontamiento y datos sociales de las encuestadas mediante el programa computacional SPSS versión 14.0, para indicar frecuencias, porcentajes, medias, rangos y elaborar diversas gráficas.

Con todo lo anterior, en el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos de manera detallada una vez realizada la aplicación de los instrumentos, así como el análisis de la información obtenida.

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS.**

Para realizar este estudio se contó con la participación voluntaria de 66 madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia de las cuales 36,4% (n=23) asisten al Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje (IMAL), el 28.8% (n= 24) acude al Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) y el 34.8% (n=19) asiste al Instituto Pedagógico para Problemas de Lenguaje I.A.P. (IPPLIAP).

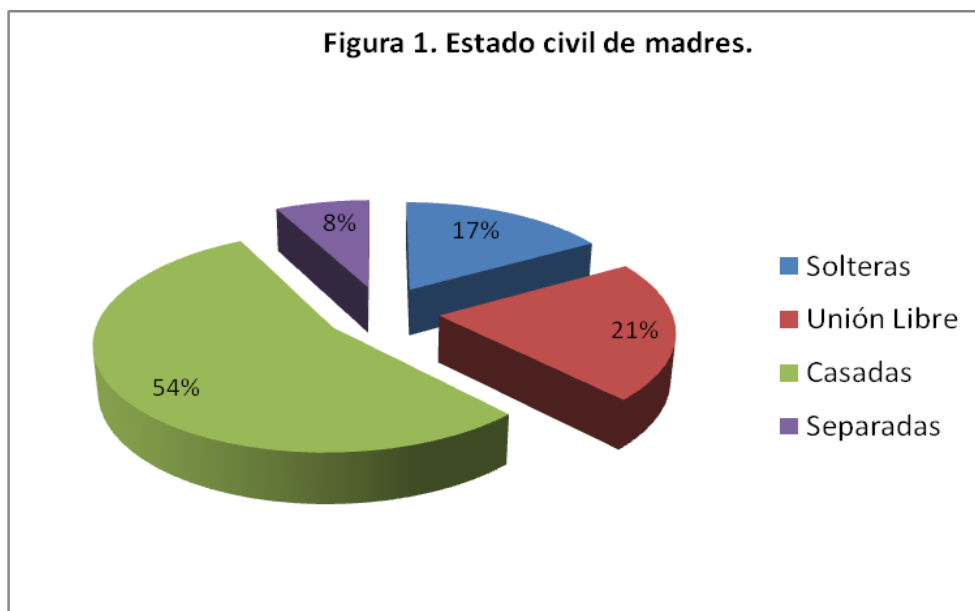
A continuación se describirán datos generales como, sexo del niño, edad de la madre y del niño, nivel de escolaridad de la madre, estado civil y ocupación de ésta.

Posteriormente se mostrarán los resultados de la escala general de afrontamiento, seguido por la descripción de las subescalas de Afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción. Finalmente se detallarán las estrategias de cada una de las subescalas.

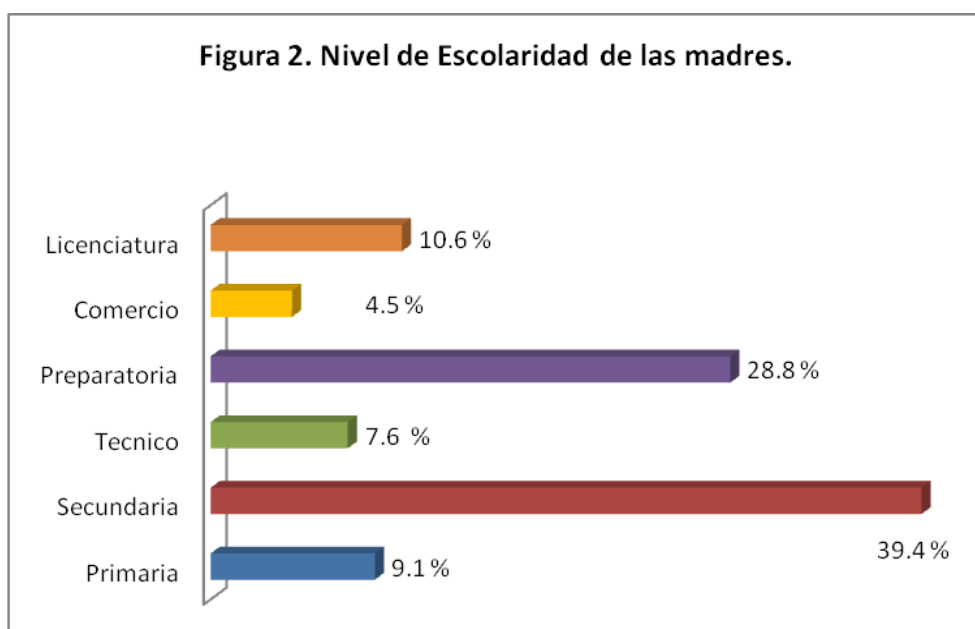
#### **DATOS DEMOGRÁFICOS**

Con relación a la edad de las madres ésta oscila entre los 22 y los 49 años, siendo la media 33 años y la desviación estándar de 6.287; asimismo la edad de sus hijos osciló entre el año y los 13 años, siendo la media de 6 y la desviación estándar de 3.123. De estos niños 34 eran del sexo femenino y 32 del sexo masculino.

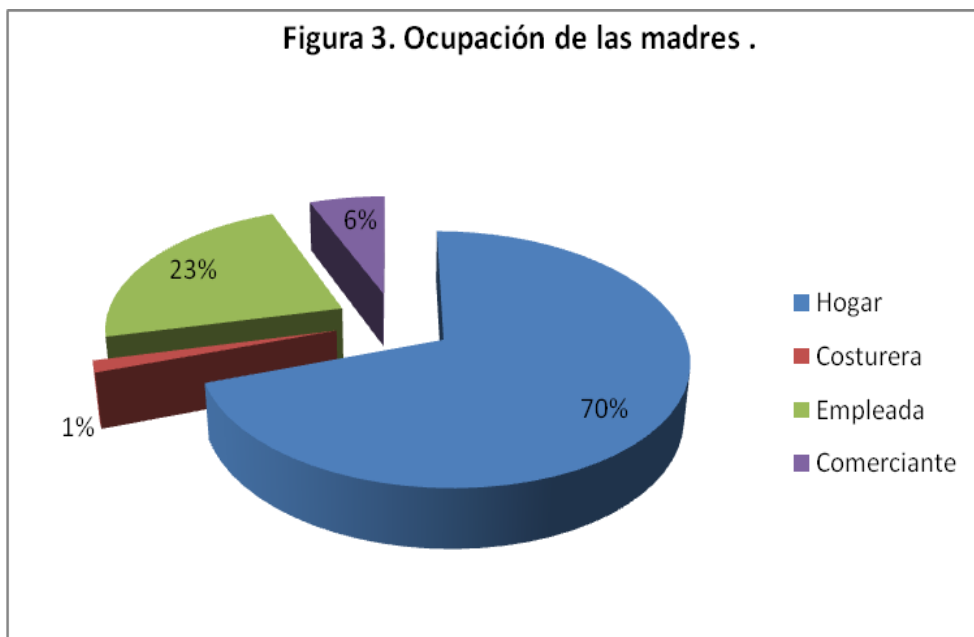
Con relación al estado civil de las madres, el 17% son solteras, el 21% están en unión libre, el 54% son casadas y por último el 8% están separadas. (**Figura 1**).



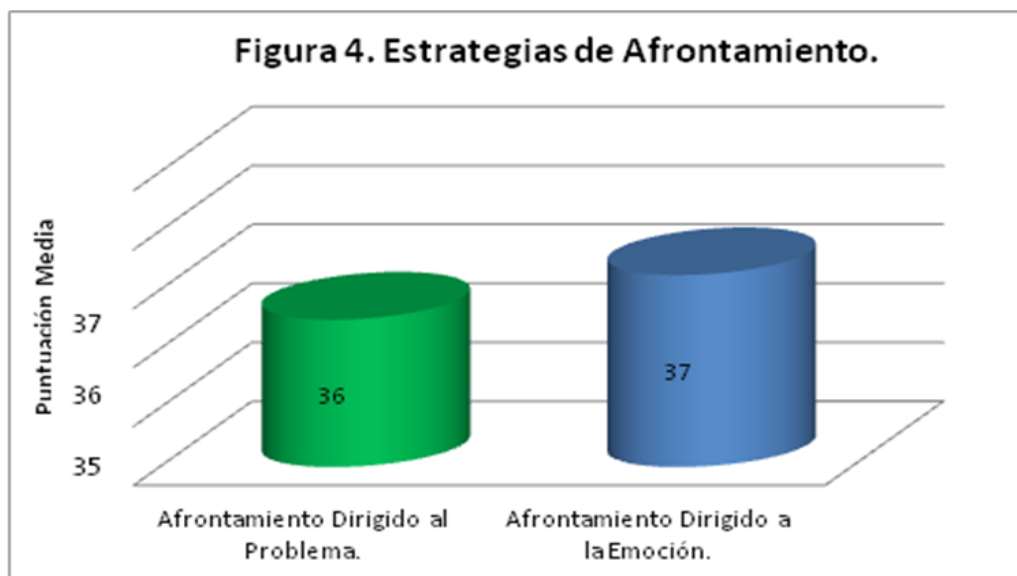
En cuanto al nivel de escolaridad, el 9.1% cuenta con primaria, el 39.4% con secundaria, el 7.6% con estudios a nivel técnico, el 28.8% con preparatoria, el 4.5% cuentan con una carrera de comercio y por último el 10.6% tienen licenciatura. (**Figura 2**).



En lo que respecta a la ocupación, la figura 3 muestra que el 70% de las madres se dedican al hogar, el 23% son empleadas el 6% se dedican al comercio y por último el 1% son costureras.



## ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO



Con lo que respecta al Cuestionario de Modos de Afrontamiento (WOC) de Lazarus y Folkman (1991) aplicados a las madres, se obtuvo una puntuación media de 37 y la desviación estándar de 13.16, siendo 77 la puntuación máxima y 8 la mínima en las Estrategias de Afrontamiento Dirigido a la Emoción (Afrontamiento Dirigido a lo Positivo, Pensamiento Mágico y Distanciamiento), por lo que se puede decir que la mayoría de las madres reducen la tensión así como también conservan la esperanza, muestran optimismo, controlan sus emociones y disminuyen la activación fisiológica y la reacción emocional con objeto de aminorar el impacto del problema sobre ellas y mantienen el equilibrio afectivo.

Referente a las Estrategias de Afrontamiento Dirigido al Problema (Flexibilidad de Afrontamiento, Afrontamiento Dirigido al Problema y Revaloración Positiva) se obtuvo una puntuación media de 36, una desviación estándar de 13.43 puntos, así como una puntuación máxima de 78 y una mínima de 8.

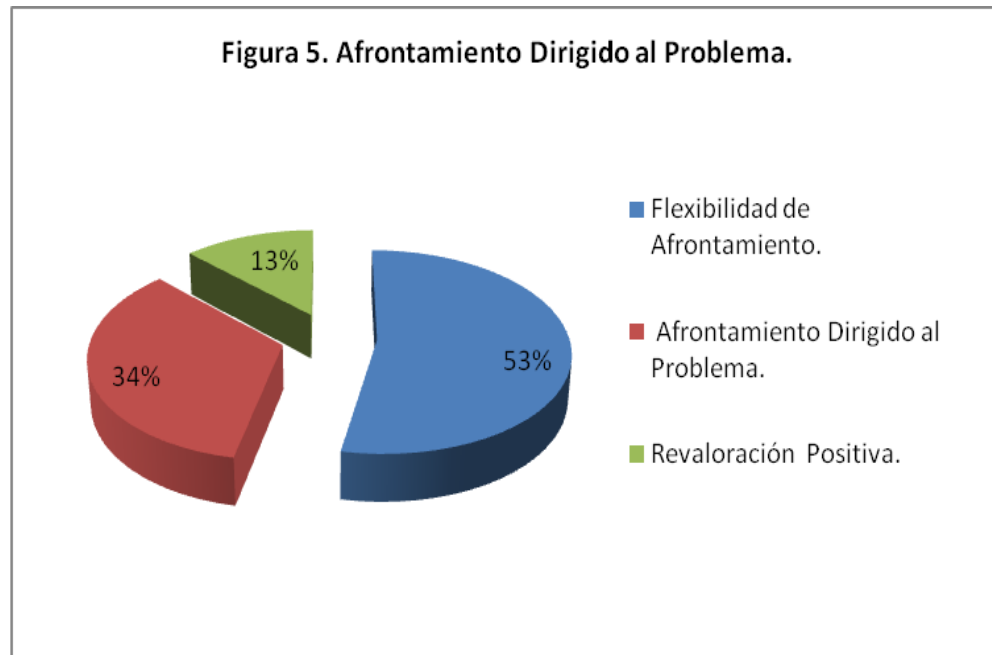
Dichos resultados implican que las madres se esfuerzan menos en solucionar el problema, en la toma de decisiones, en su adaptabilidad y que tienen escasa actitud para confrontar activamente al problema con ello mantener el bienestar de la persona.

## **SUBESCALAS DE AFRONTAMIENTO**

### **Afrontamiento dirigido al problema**

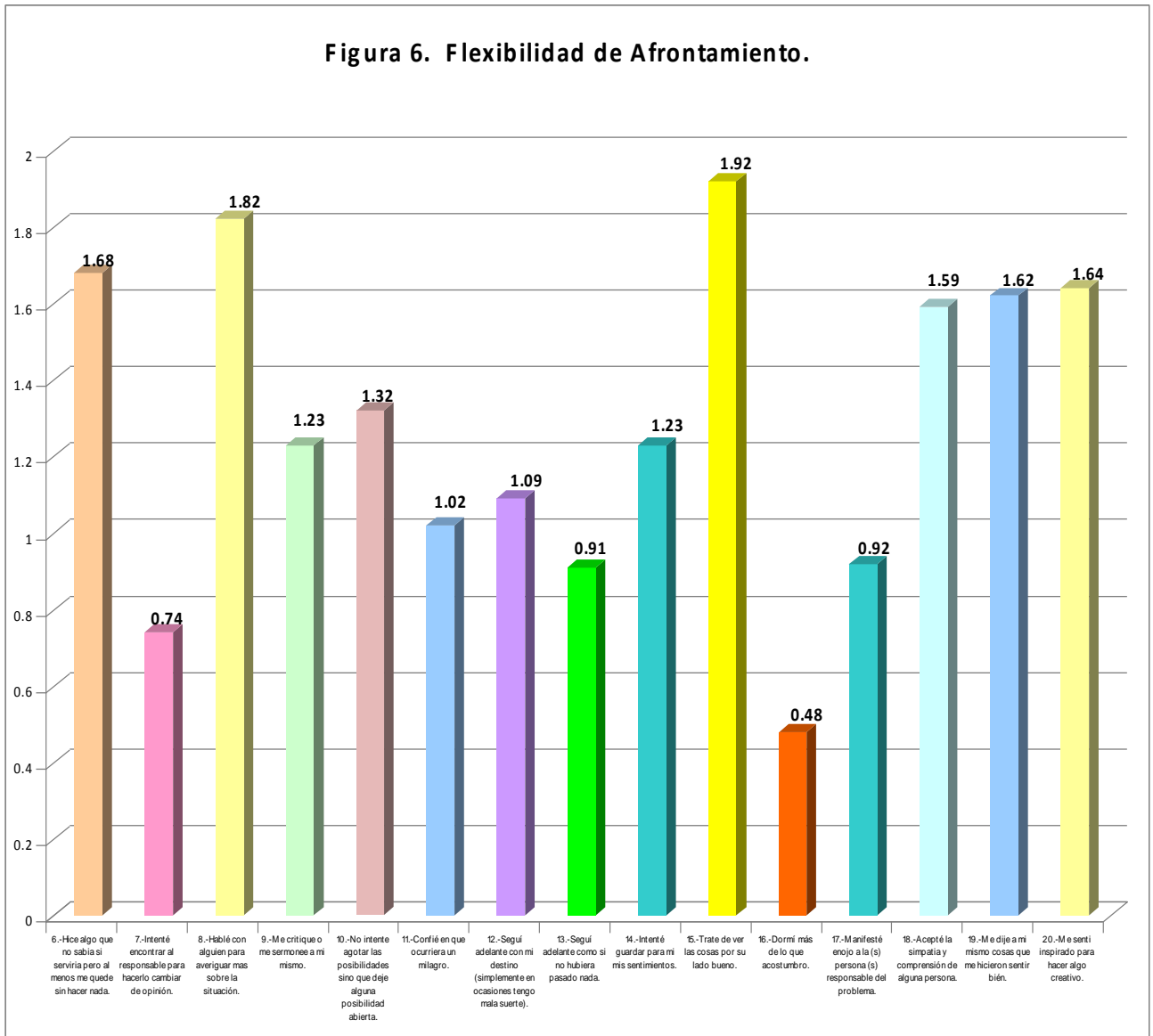
Al analizar las estrategias específicas del **Afrontamiento Dirigido al Problema** se encontró que el 53% de los casos presentaron característica de *Flexibilidad de Afrontamiento*, es decir las madres asocian su afrontamiento con altos niveles del yo, por lo que toman decisiones con alta calidad y adaptabilidad, un 34% tuvieron característica de *Afrontamiento Dirigido al Problema*, debido a que las madres confrontan activamente el problema y tienen efectos positivos en el bienestar de la persona y por último el 13% utilizan la *Revaloración Positiva* por lo que se esfuerzan en crear resultados positivos

significado de la situación, enfocándose al desarrollo personal. Además poseen una dimensión religiosa que orienta a una interpretación positiva del problema.



Para obtener más información de cada una de las estrategias del afrontamiento dirigido al problema se hizo un análisis de las preguntas que conforman cada una de las estrategias (flexibilidad de afrontamiento, afrontamiento dirigido al problema y revaloración positiva). A continuación se presentan los resultados. (Figura 6).

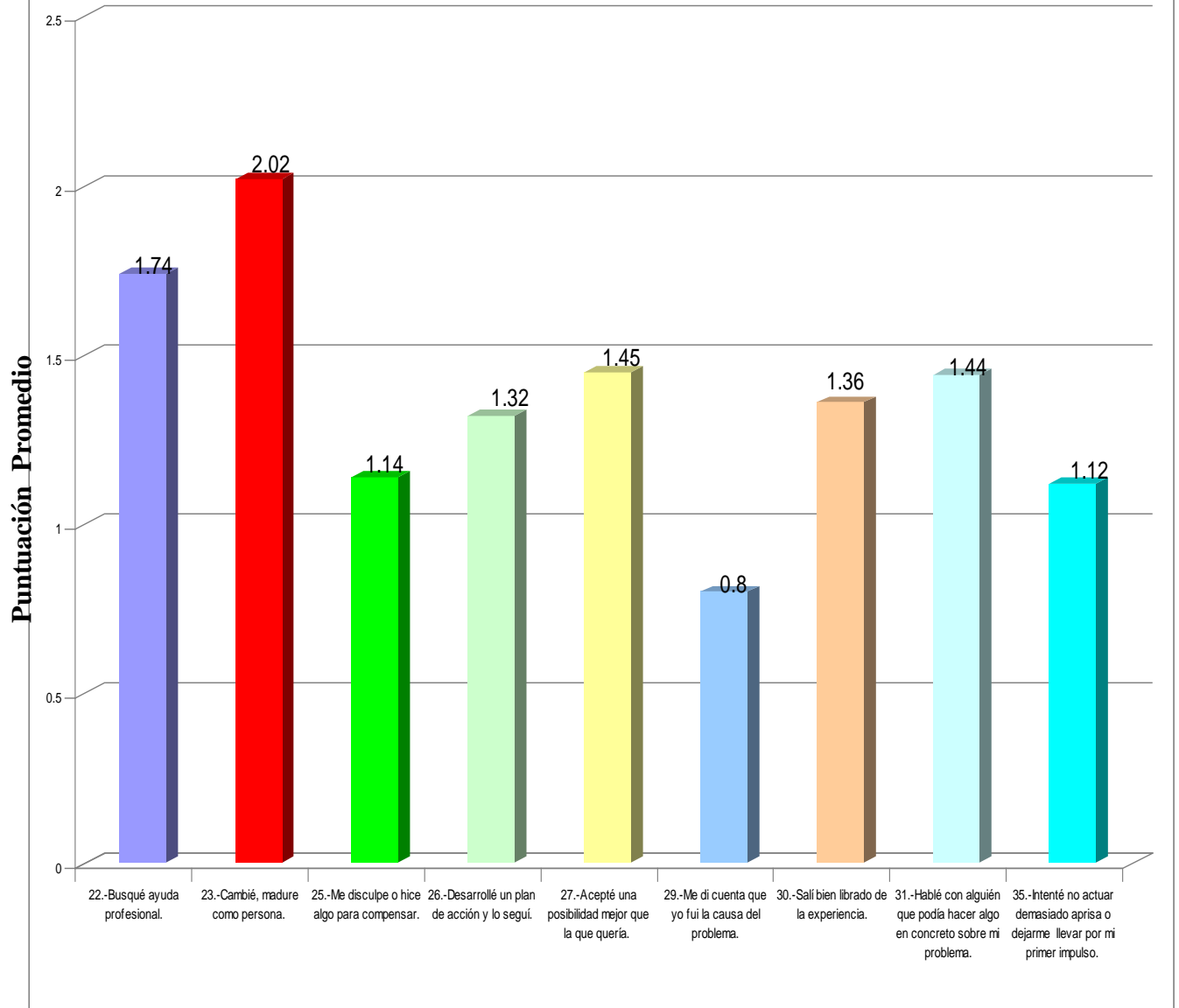
Con respecto a la escala de Flexibilidad de afrontamiento las conductas específicas que presentan las madres son hacer algo aunque no sabían si serviría (reactivo 6), hablar con alguien para averiguar más sobre la situación (reactivo 8), tratar de ver las cosas por su lado bueno (reactivo 15), decirse a sí misma cosas que les hicieron sentir bien (reactivo 19) y sentirse inspiradas para hacer algo creativo (reactivo 20).



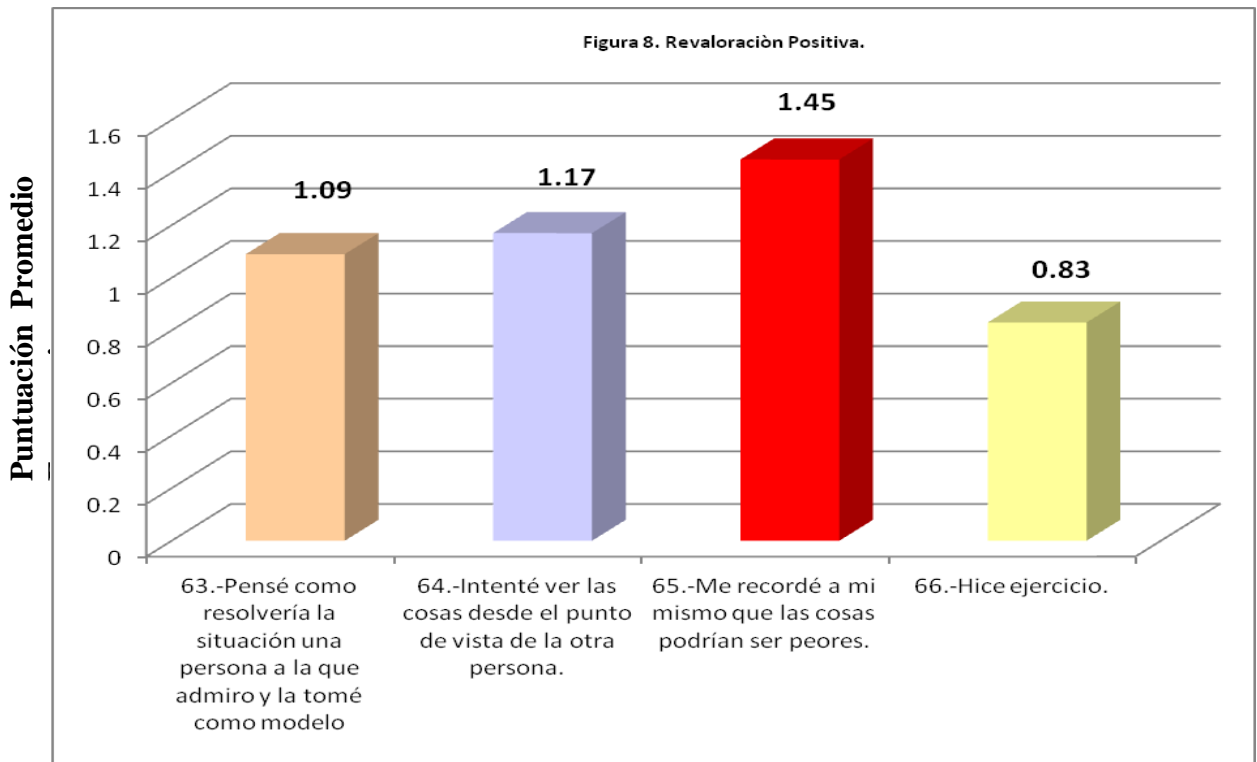
La figura 7 muestra la media de respuesta para las preguntas de la subescala Afrontamiento dirigido al problema. Como se observa las conductas que más se reportaron fueron buscar ayuda profesional (reactivo 22), así como cambiar y madurar como persona (reactivo 23).



Figura 7. Afrontamiento Dirigido al Problema.

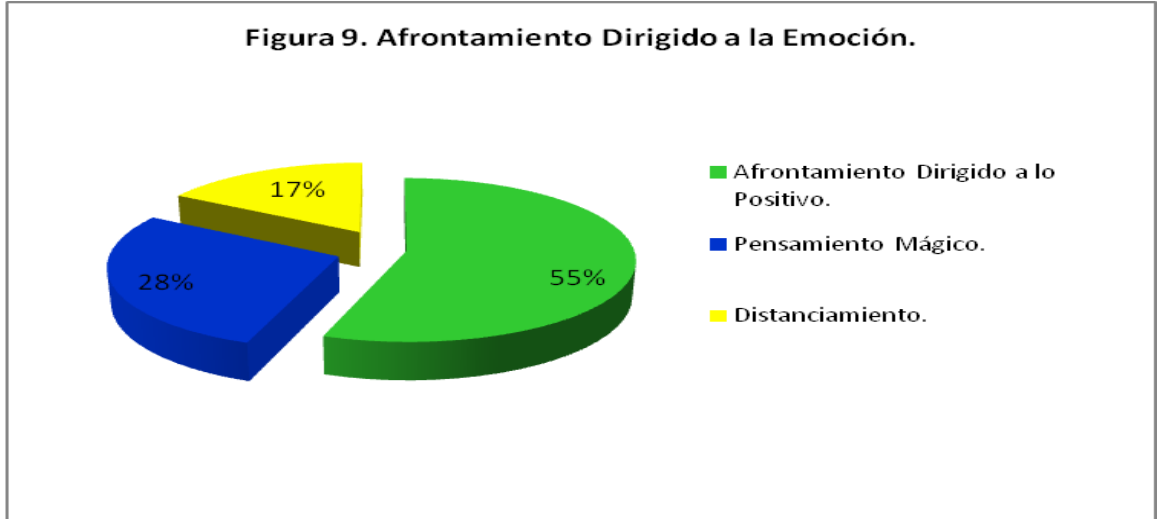


Por lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento en la subescala de Revaloración positiva, las madres utilizan más el (reactivo 65), recordándose a sí misma las cosas que podrían ser peores.

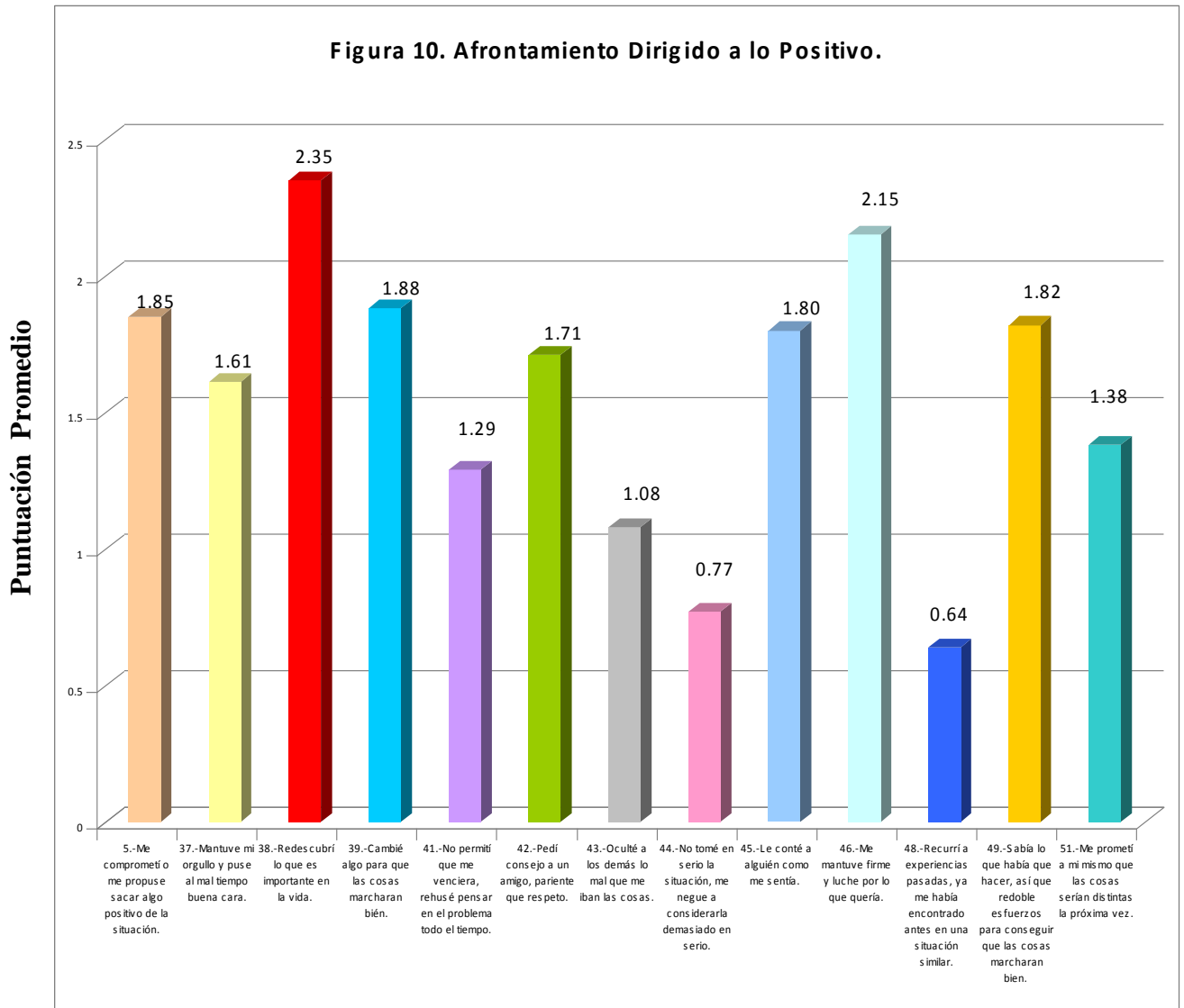


### **Afrontamiento dirigido a la emoción**

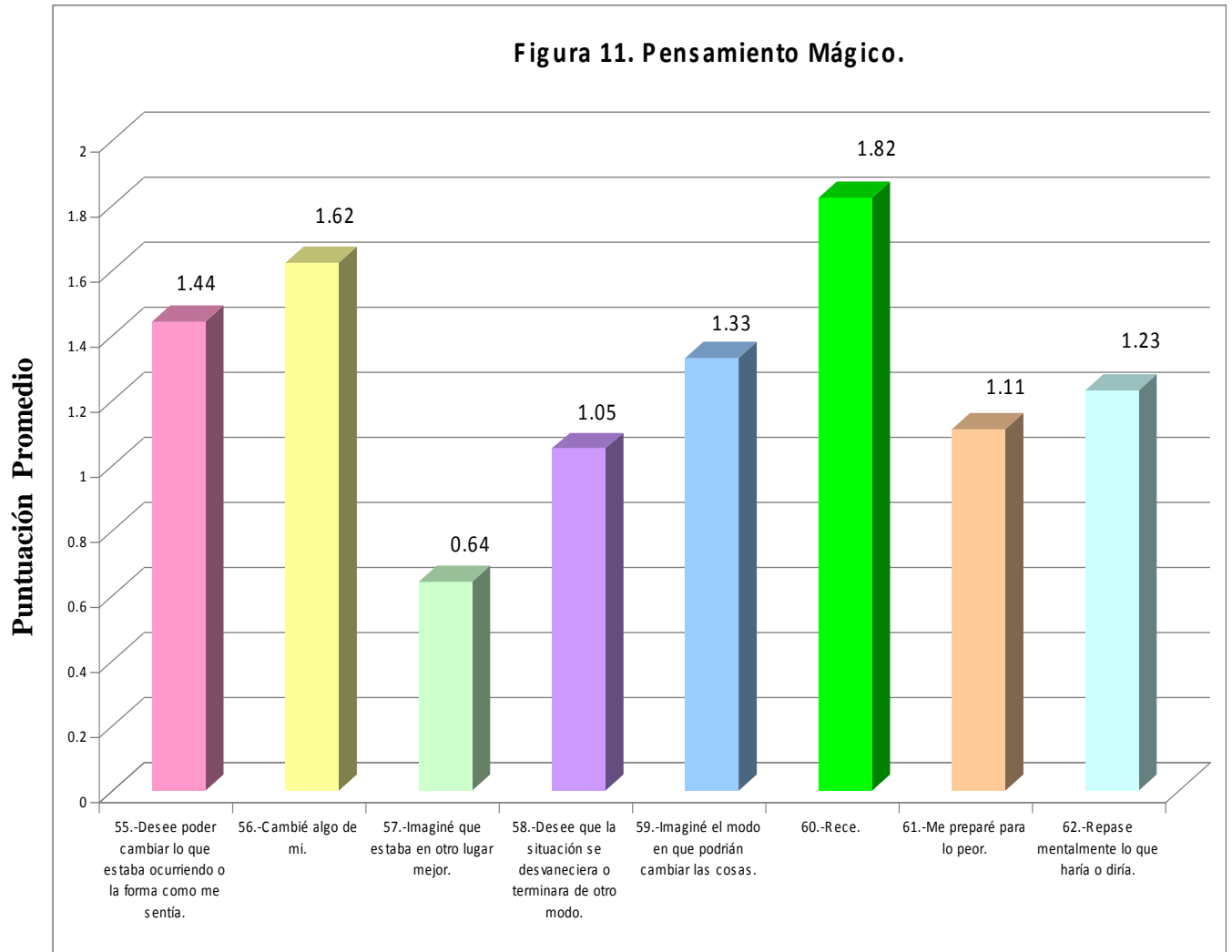
En relación al tipo de Estrategia de Afrontamiento Dirigido a la Emoción (figura 9), se encontró que el 55% tienen la característica de *Afrontamiento Dirigido a lo Positivo*, que se refiere a que las madres se esfuerzan para crear resultados positivos enfocándose al crecimiento personal y manifestando una sensación positiva de su propio valor, mantienen una visión positiva hacia los demás y en general mantienen una sensación de optimismo. El 28% tienen la característica de *Pensamiento Mágico*, en el que las madres se refieren a las fantasías voluntarias y conscientes que realiza un sujeto para solucionar el problema sin tener una participación activa y por último el 17% tienen la característica de *Distanciamiento*, por lo que las madres evaden todo contacto con el problema y su solución para de esta manera puedan reducir la angustia que provoca. La puntuación media de esta escala fue de 37 y la desviación estándar de 13.16, siendo 77 la puntuación máxima y 8 la mínima.



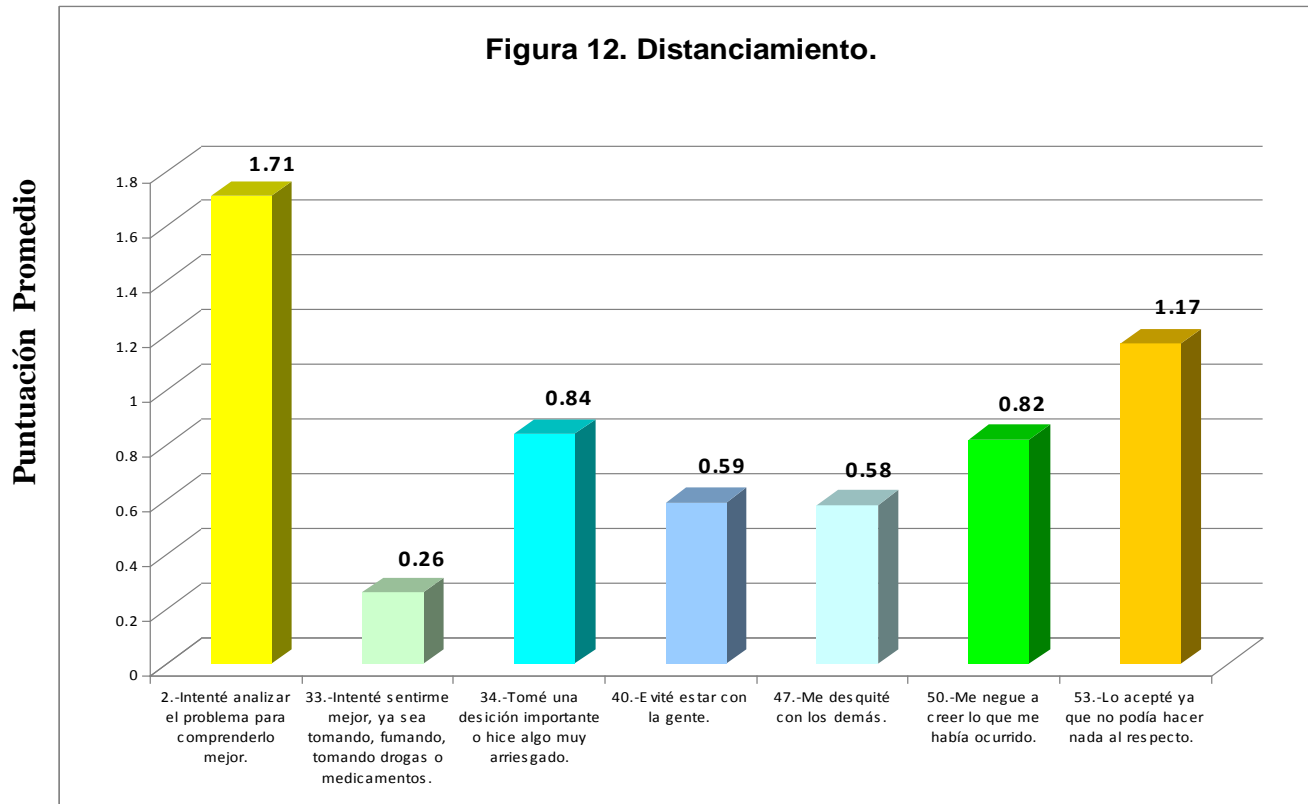
Por lo que se refiere a la estrategia de afrontamiento dirigido a lo positivo, la mayoría de la madres se comprometen o se proponen a sacar algo positivo de la situación (reactivo 5), mantienen el orgullo y ponen al mal tiempo buena cara (reactivo 37), redescubren lo que es importante en la vida (reactivo 38), piden consejo a un amigo o pariente que respetan (reactivo 42), cambian algo para que las cosas marchen bien (reactivo 39), le cuentan a alguien como se sienten (reactivo 45), se mantienen firme y luchan por lo que quieren (reactivo 46), saben lo que había que hacer, así que redoblan sus esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien (reactivo 49).



Las estrategias que hacen referencia a la escala de (Pensamiento Mágico) son el que las madres cambian algo de ellas (reactivo 56) y rezan (reactivo 60).



Las estrategias de la escala de (Distanciamiento), más frecuente son que las madres se alejan para analizar y comprenderlo mejor (reactivo 2).



Finalmente y aunque no fue el objetivo principal de éste trabajo, se analizó la relación entre los datos generales de las madres y las estrategias de afrontamiento.

Tabla 1. Correlación de Pearson de Datos Generales y Subescalas de Estrategias de Afrontamiento.

	AFRONTAMIENTO DIRIGIDO POSITIVO	FLEXIBILIDAD AFRONTAMIENTO	AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA	PENSAMIENTO MAGICO	DISTANCIAMIENTO	REVALORACION POSITIVA
<b>EDAD MADRE</b>	0.054	0.014	0.157	0.212	-0.076	<b>.258</b>
<b>ESCOLARIDAD</b>	-0.102	-0.042	-0.013	<b>-.313*</b>	-0.157	-0.022
<b>OCUPACION</b>	<b>.247*</b>	0.186	0.17	0.219	0.158	-0.01
<b>ESTADO CIVIL</b>	-0.061	-0.097	0.01	0.077	-0.069	0.13

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (2 colas).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (2 colas).

A partir de este análisis de correlaciones se encontró que la edad de las madres se correlaciona positivamente con la estrategia de Revaloración Positiva ( $r: .258$ ;  $p .037$ ), lo que indica que a mayor edad mayor uso de esfuerzos para crear resultados positivos de la situación.

La ocupación de las madres se correlaciona positivamente con la escala de Afrontamiento Dirigido a lo Positivo ( $r: .247$ ;  $p .046$ ), lo que indica que la mayoría de las madres que se dedican al hogar se esfuerzan para crear resultados positivos.

Por último el nivel de escolaridad se correlaciona negativamente con la subescala de Pensamiento Mágico ( $r: -.311$ ;  $p .011$ ), lo cual indica que a mayor nivel de escolaridad menor el uso de pensamientos fantasiosos.

A partir de estos datos, en el siguiente capítulo se realizará una discusión entre los resultados obtenidos y la recopilación bibliográfica con la intención de lograr una comprensión más profunda de lo que se ha estudiado en la presente investigación.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN.

Como se mencionó al principio, el objetivo principal de este estudio fue determinar si las madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia manejan en mayor proporción las *Estrategias de Afrontamiento de tipo Dirigido al Problema o Dirigido a la Emoción*. Los resultados demuestran que en los datos obtenidos con la aplicación del Cuestionario de Modos de Afrontamiento en este estudio, las madres manejan ambas estrategias.

Asimismo, se encontró que la estrategia más utilizada fue la *Estrategia de Afrontamiento Dirigida a la Emoción*, regulando, reduciendo y controlando la respuesta emocional ante el problema y la estrategia menos utilizada fue la *Dirigida al Problema*, manipulando o alterando el problema, buscando las soluciones alternativas en base a su costo-beneficio y a su elección y aplicación, teniendo como objetivo manejar la situación que perturba a las madres actuando directamente. La diferencia entre ambas estrategias fue de tan solo un punto, la *Estrategia de Afrontamiento Dirigida a la Emoción* alcanzó los 37 puntos, mientras que la *Estrategia Dirigida al Problema* llegó a los 36 puntos.

Lo anterior concuerda con Castillo H. (1997), referente a la mejor forma de afrontar si es Dirigida al Problema o a la Emoción, este autor menciona que no se pueden considerar a los estilos ni mejores ni peores, lo que es importante es tomar en consideración antes de ser evaluados, la situación en la que se encuentre el sujeto, ya que el afrontamiento es un proceso que está sujeto al cambio dependiendo de las demandas y conflictos específicos,



por lo tanto se debe entender que puede haber situaciones donde un estilo de afrontamiento resulte adaptativo y situaciones donde no sea así.

Dentro de las Estrategias de Afrontamiento Dirigido a la Emoción las sub-escalas más frecuentes fueron las de *Afrontamiento Dirigido a lo Positivo*; aquí las madres se esfuerzan para crear resultados positivos enfocándose al crecimiento personal, comprometiéndose a sacar algo positivo de la situación, redoblan esfuerzos, saben qué hacer, cambian algo para que las cosas marchen bien, piden consejo a un amigo, se mantienen firmes y luchan por conseguir el bienestar de sus hijos.

Lo anterior es similar con lo postulado por Lagos, E., Loubat, M., Muñoz, E. y Vera P. (2004), quienes observaron que la sub-escala resolución planificada muestra los esfuerzos por crear resultados positivos enfocándose al crecimiento personal, manifestando una sensación positiva de su propio valor, una visión positiva hacia los demás y en general, una sensación de optimismo, en esta última los esfuerzos se centran en analizar una situación y planear los pasos a seguir, caracterizando a esta estrategia principalmente como cognitiva, reflexiva.

La siguiente sub-escala más frecuente fue la de *Pensamiento mágico*, en el que las madres se refieren a las fantasías voluntarias y conscientes que realizan para solucionar el problema sin tener una participación activa, cambiando algo de ellas y dedicándose a actividades abstractas como el rezar y el generar sentimientos de esperanza en que la divinidad puede aparecer para solucionar el problema, esto concuerda con lo planteado por Stefani, d.

Seidmann, s. Pano, C. Acrich, L. y Bail, (2003), quien en su investigación con las madres e hijas ante el cuidado de familiares crónicos, encontró que las hijas al padecer de aislamiento emocional y soledad social, utilizan el pensamiento fantasioso como estilo de afrontamiento habitual, en creer en alguna solución mágica que las libere de su angustia. Por su parte Rubiños, A. (2012), observó que los padres de familia, ante la hospitalización de sus hijos en el área de cuidados intensivos, presentan las estrategias de afrontamiento de pensamiento desiderativo. Es decir, desearían que no hubieran pasado las cosas.

Con respecto a las Estrategia de Afrontamiento Dirigido al Problema, la sub-escala más frecuente es la de *Flexibilidad de Afrontamiento*, aquí, las madres asocian con altos niveles del yo, con procesos maduros, con una buena toma de decisiones, sintiéndose inspiradas por realizar algo creativo, hablando con alguien con el fin de averiguar más sobre la situación que viven.

Lo anterior coincide con lo postulado por Lagos, E., Loubat, M., Muñoz, E. y Vera P. (2004), quienes describen que la *Flexibilidad de Afrontamiento* son los esfuerzos de regularse a sí mismo en cuanto a sentimientos y acciones, como guardar los problemas para sí mismo y procurar no precipitarse. Limiñana, R., Corbalán J. y Patró R. (2007), explican que el padre al regular sus emociones y acciones no demuestra descontrol, favoreciendo una actitud tranquila y calmada frente al acontecimiento independiente de las emociones que sienta por él. Este comportamiento organizado en los padres actúa como factor protector para el niño en su vivencia.

La siguiente sub-escala más frecuente fue la de *Afrontamiento Dirigido al Problema*, aquí se encontró que las madres realizan acciones conductuales dirigidas a confrontar activamente el problema, buscando ayuda profesional y madurando como persona, esto concuerda con lo postulado por Huerta R., Corona J. y Méndez J. (2006), quienes sostienen que los padres centran sus acciones en el análisis, la valoración y revaloración de las demandas provocadas por la enfermedad de su hijo y así darles un significado o modificar el ya existente, logrando modificar la tensión provocada por la situación, lo anterior se reafirma con la investigación realizada por Castillo, H. en 1997, donde se estudiaron los estilos de afrontamiento de madres de niños con diagnóstico de retinoblastoma (tumor maligno congénito que se origina en el tejido embrionario neural de la retina) estos autores encontraron que el afrontamiento de resolución de problemas es la forma de adquirir cierto control sobre la misma y de lucha contra la enfermedad, con búsqueda de soporte y apoyo.

En lo que se refiere a las Estrategias de Afrontamiento Dirigido a la Emoción la sub-escala menos utilizada es la de Distanciamiento, aquí las madres evaden todo contacto con el problema y su solución, para de esta manera reducir la angustia que les provoca, refiriéndose a los pensamientos por separarse y minimizar el significado de la situación.

En cuanto al tipo de *Estrategia de Afrontamiento Dirigido al Problema* la sub-escala menos utilizada es la de *Revaloración Positiva*, en este caso se observó que las madres crean resultados positivos de la situación recordándose a sí mismas que las cosas podrían ser peores, orientándose a una interpretación positiva del problema, e intentando ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.

Esto se confirma con lo planteado por Hernández G. (2009), quien por su parte sostiene que la Revaloración Positiva implica una fuente de fortaleza por parte de la madre para estar cerca de su niño y la búsqueda de mejores condiciones futuras, supone que las madres al utilizar más este estilo pueden incidir para el adecuado desarrollo de su hijo siendo más asertiva y enfrentar los problemas de manera más directa.

De igual forma Castillo, H. (1997), en su estudio en madres con niños de 0 a 6 años con diagnóstico de retinoblastoma, sostiene que la *Reevaluación Positiva* es el proceso cognitivo dirigido para aminorar el grado de trastorno emocional por las madres para controlar o disminuir el estrés generado por la enfermedad del hijo.

En cuanto a los datos generales de las madres y las estrategias de afrontamiento se analizaron la relación existente entre ambas y muestran lo siguiente:

- Con respecto a la edad de la madre existe correlación positiva con la estrategia de *Revaloración Positiva*, se observa que a mayor edad mayor uso de esfuerzos para crear resultados significativos positivos de la situación, recordándose a sí misma que las cosas podrían ser peor.

Se confirma con Schaie W. (1977), quien considera una de las siete etapas (finales de 30 a inicios de 60 años), la Etapa de la Responsabilidad, las madres utilizan su mente para resolver problemas asociados con los miembros de la familia, en este caso a sus hijos.

- En relación al nivel de escolaridad hay correlación negativa con la escala de Pensamiento Mágico mostrando que a mayor nivel de escolaridad menor el uso de pensamientos fantasiosos.
- Referente a la ocupación de las madres existe correlación positiva con la escala de Afrontamiento Dirigido a lo Positivo, encontrando en la presente muestra que la mayoría de las madres que se dedican al hogar se esfuerzan para crear resultados positivos, comprometiéndose a sacar algo positivo de la situación a cambiar, algo para que las cosas marchen bien, pedir consejo a un amigo o pariente, contarle a alguien cómo se sienten, mantenerse firmes, redoblar esfuerzos para conseguir que las cosas marchen bien.

La importancia de estos hallazgos radica en la idea de determinar si manejan en mayor proporción las *Estrategias de Afrontamiento Dirigido al Problema*, encontrando que la escala más utilizada fue la *Estrategia de Afrontamiento Dirigida a la Emoción* con las sub-escalas más frecuentes la de *Afrontamiento Dirigido a lo Positivo* y *Pensamiento Mágico* y la escala menos utilizada con una pequeña diferencia resultó ser la de *Afrontamiento Dirigido al Problema* con las sub-escalas más frecuentes la de *Flexibilidad de Afrontamiento* y *Afrontamiento Dirigido al Problema*. Todos los resultados obtenidos coinciden con los datos reportados en otras investigaciones, en este caso una realizada por Castillo H. (1997), referente a la mejor forma de afrontar, donde se dice que depende de la situación en la que se encuentre el individuo ya que el afrontamiento es un proceso que está sujeto al cambio dependiendo de las demandas y conflictos específicos, por lo tanto se debe

entender que puede haber situaciones donde un estilo de afrontamiento resulte adaptativo y situaciones donde no sea así.

## CAPÍTULO VII

### CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Al integrar y analizar los resultados obtenidos a través de la hoja de datos generales y la aplicación del Cuestionario de Modos de Afrontamiento (WOC), con el fin de describir los tipos de estrategia de afrontamiento utilizadas por las madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia, se concluye que:

- a) Se acepta la hipótesis nula planteada en la metodología, indica si las madres que tiene hijos con diagnóstico de hipoacusia, no manejan en mayor medida las *Estrategias de Afrontamiento Dirigido al Problema* y los resultados obtenidos indican que las madres de este estudio utilizaron en menor frecuencia esta estrategia con una puntuación media de 36, asimismo la *Estrategia de Afrontamiento Dirigido a la Emoción*, fue la más utilizada obteniendo una puntuación media de 37, resultando una diferencia mínima entre ambas escalas. Estos hallazgos concuerdan con lo dicho por Castillo H. (1997), referente a la mejor forma de afrontar, quien afirma que depende de la situación en la que se encuentre el individuo ya que el afrontamiento es un proceso que está sujeto al cambio dependiendo de las demandas y conflictos específicos, por lo tanto se debe entender que puede haber situaciones donde un estilo de afrontamiento resulte adaptativo y situaciones donde no sea así.
- b) Las madres utilizaron ambos tipos de estrategias de Afrontamiento, *Dirigido al Problema* y *Dirigido a la Emoción*, resultando una diferencia mínima

entre ambas escalas con una puntuación media de 36 y 37 respectivamente.

- c) La estrategia de afrontamiento más utilizada fue la *Dirigida a la Emoción*, las diferencias encontradas no resultan ser del todo significativas estadísticamente en este estudio
- d) Las sub-escalas que utilizaron con más frecuencia fueron las de *Afrontamiento Dirigido a lo Positivo*, *Flexibilidad de Afrontamiento*, *Afrontamiento Dirigido al Problema* y *Pensamiento Mágico*. Esto implica que las madres se esfuerzan enfocándose al crecimiento personal, a una alta calidad en la toma de decisiones y sus acciones van dirigidas a confrontar activamente el problema debido a que establece un balance adecuado en el manejo directo del problema y el manejo de las emociones.
- e) Existe correlación positiva con respecto a la edad de la madre en la sub-escala de *Revaloración Positiva*, a mayor edad mayor uso de esfuerzos para crear resultados positivos de la situación, siendo esta una etapa de la responsabilidad en que las madres utilizan su mente para resolver problemas asociados con los miembros de la familia, en este caso a sus hijos.
- f) Hay correlación negativa en relación al nivel de escolaridad con la sub-escala de *Pensamiento Mágico*, a mayor nivel de escolaridad menor es el uso de pensamientos fantasiosos.
- g) Existe correlación positiva referente a la ocupación con la subescala de *Afrontamiento Dirigido a lo Positivo*, la mayoría de las madres se dedican al hogar esforzándose para crear resultados positivos.



## SUGERENCIAS

Considero que la relevancia de la presente investigación radicó en obtener información que puede ser útil a los equipos interdisciplinarios que trabajan con los niños y con las madres, permitiendo abrir una línea de investigación en el área de la psicología clínica en relación al afrontamiento en la que se estudien los factores psicosociales, físicos, emocionales y cognitivos a fin de mejorar las condiciones de salud de las madres para que logren identificar las carencias que dificultan su capacidad de afrontamiento. Los datos encontrados en esta investigación permiten confirmar las afirmaciones teóricas de autores que han trabajado el tema de las estrategias de afrontamiento, como se revisó en el Capítulo II de afrontamiento. Es necesario brindar información y orientación a las madres y los familiares sobre las enfermedades que padecen los hijos.

Las conclusiones de este trabajo pueden ser de utilidad a los profesionales no psicólogos que se desempeñan en Instituciones como el IMAL (Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje), INR (Instituto Nacional de Rehabilitación), IPPLIAP ( ) y otras afines a fin de que puedan intervenir exitosamente en los niños a través de sus madres y útil al trabajo del profesional psicólogo.

Se sugiere que para próximas investigaciones se profundice en el estudio de las estrategias de afrontamiento empleadas por las madres para enriquecer y fortalecer el material bibliográfico que sirve en el proceso de formación de los profesionales involucrados con este tipo de pacientes. Con esto se lograría ampliar los conocimientos en este tema y

permitirá al psicólogo realizar procesos de intervención psicológica a nivel individual y familiar.

También se sugiere que se trabaje con la madre para que ésta sea capaz de lograr la identificación de los recursos que emplea para enfrentar las situaciones ante las enfermedades de sus hijos y a partir de ello pueda mejorar las estrategias existentes o adquirir unas nuevas que le permitan superar satisfactoriamente las dificultades y eventos estresantes.

Es importante desarrollar programas de intervención tendientes a trabajar con las madres de niños con hipoacusia con la finalidad de generarles una estabilidad emocional y ésta se vea reflejada en una mejor armonía al interior del seno familiar y de la estabilidad psicológica de propio niño afectado por la hipoacusia.

Se sugiere aplicar en una población mayor el Cuestionario de Modos de Afrontamiento ya que los resultados de esta investigación son susceptibles de perfección atendiendo a múltiples factores como el socioeconómico, cultural, geográfico y aún religioso. No se puede considerar el resultado del cuestionario aplicado al grupo de madres en este estudio de valor omnipresente y omnigeográfico. Realizar otra aplicación del cuestionario tomando en cuenta a otras poblaciones con madres que tienen hijos con diagnóstico de hipoacusia, hará mayor el grado de entendimiento del malestar psicológico que padecen estas madres, ya que las circunstancias varían de acuerdo al estrato socioeconómico, a la región geográfica o a otros aspectos multifactoriales.

## LIMITACIONES

Las limitaciones del presente estudio radican en la poca o nula información que existen en este campo, sobre todo en lo referente al tema de las estrategias de afrontamiento que manejan las madres que tienen hijos con hipoacusia, encontrando sólo con diferentes enfermedades, debido a la falta de instituciones especializadas o bien debido a que no hay una terapia definida para este caso, lo que se convierte en una oportunidad para ampliar el conocimiento de este tema y abrir nuevas líneas de investigación para generar más aportaciones sobre el mismo.

Otra limitante es que no se puede asumir como general los resultados de esta investigación, ya que solo corresponden a las características propias de la muestra. Toda vez que es una muestra obtenida a través de los institutos y no de la población en general.

Otra más, fue que los especialistas que atienden a los niños se dedican sólo a la atención de los niños sin proporcionar información integral a las madres que les permita tener un panorama más específico de la enfermedad que están padeciendo sus hijos y de las secuelas emocionales que conlleva.

La generalización de los datos se encuentra limitada al haber obtenido una muestra pequeña del Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje (IMAL), del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) y del Instituto Pedagógico para Problemas de Lenguaje I.A.P. Instituto Pedagógico para Problemas de Lenguaje I.A.P. (IPPLIAP).

No hay terapias enfocadas a las madres que las orienten de como afrontar las situaciones de estrés ante las diversas enfermedades, en este caso la hipoacusia, por lo que prácticamente se partió de cero al inicio de la presente investigación.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Alonso J. (2000), “*Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud*”. SF-36 Revista del Instituto Municipal de Investigación médica. 20, 104, 771-776.
2. Bautista, R. (1993), *Necesidades Educativas especiales, (2da, ed)*, Pavia: Aljibe.
3. Boenninghaus, H. (1995), *Otorrinolaringología, (9na ed)*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
4. Bras, J. (2005). *Pediatría en Atención Primaria, (2da. ed.)*. Barcelona: Masson.
5. Cabrera, J. (2007), *Afrontamiento del cuidador Primario de la persona con demencia del alzheimer*”, Tesis con número de registro UNAM 001-00921-C6-2007. UNAM Escuela de Enfermería y Obstetricia.
6. Campos S. (2001), *Fundamentos del Desarrollo Auditivo*. Programa de Implantes Cocleares. Bogotá Colombia, P. 15. Fundación Santa Fe.
7. Castillo, H. (1997), “Estilos de Afrontamiento de un grupo de madres de niños de 0 a 6 años con diagnóstico de retinoblastoma”, Tesis con número de registro UNAM 001-01921-C26-1997-5. Facultad de Psicología.

8. Colín, C. (2001), *Estrategias de afrontamiento que utilizan los estudiantes Universitarios CU y no estudiantes hombres y mujeres por número de registro UNAM*. Tesis con número de registro UNAM 001-01921-C8-2001-3, Psicología UNAM.
9. Dávila, B. y Guarino, L. (2001), artículo “*Fuentes de estrés y estrategias de afrontamiento en escolares y venezolanos*” estudio de Interamerican Journal of Psychology, año/vol.35, número 001. Sociedad interamericana de psicología Austin, Latinoamericanistas pp. 97-112.
10. Dabrowska y E. Pisula, (2010), *Estrés de los padres y modo de afrontamiento en padres y madres de niños pre-escolares con autismo y síndrome de Down*. Journal of Intellectual Disability Research, 54(3): 266-280, 2010.  
Recuperado de <http://programadedesarrollopsicosocial.blogspot.com/2010/07/estres-y-modo-de-afrontamiento-en.html>.
11. Davis, H. (1995), *Audición y Sordera*. Ediciones Científicas, México: La Prensa Médica Mexicana.
12. De Gispert, C. y Garriz J. (2009) *Diccionario de Medicina*. Barcelona.Oceano Mosby.
13. Delgado, F. (2003), *la terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas*. México.Trillas.

14. De la Huerta, R., Corona J. y Méndez J. (2006), “*Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer*” Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2006; 39(1): Ene.-Mar: 46-51, Facultad de Psicología UNAM e Instituto Nacional de Pediatría SS.
15. Dejo, M. (2007), “*Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica*”. Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 25, No. 001. Pág. 64-71. Bogotá.
16. Fantin, M., Florentino, M. Correche, M. (2005), “*Estilos de Personalidad y Estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis*” Artículo en fundamentos en humanidades año 2005, volumen VI Número 011, de la ciudad de San Luis, Argentina.
17. Fragoso, M. (2006), “*Estilos de afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia*”, Tesis con número de registro UNAM 001-01921-F6-2006. Facultad de Psicología.
18. Fernández O., Román Y., Álvarez M., Verdecia R., Ramírez E., Martínez J. y Buergo M. (2004), “*Desarrollo de una escala para evaluar la calidad de vida en los supervivientes a un ictus*”. Revista de Neurología, vol. 39, 10, 915-923.

19. Flores L. (1991), *El Niño Sordo en Edad Pre-Escolar*. México: Trillas.
20. Gaceta Médica de México, “*Avances en el diagnóstico y tratamiento de las hipoacusias*” Volumen 137, Número 6, Noviembre-Diciembre 2001. Derechos reservados, Copyright © 2001: Academia Nacional de Medicina de México, A.C.
21. Gallagher T., Wagenfeld M., Baro F. y Haepers K. (1994). “*Sense of coherence, coping, and caregiver role overload*”. *Social Sciences and Medicine*, 39(12), 1615-1622.
22. Gómez, M. (2002), *La educación especial, integración de los niños excepcionales en la familia, en la sociedad y en la escuela*,(1ra, ed), México: Fondo de Cultura Económica.
23. González M. y Landero R. (2007).”Cuestionario de afrontamiento del Estrés (CAE) validación muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 12, 2, 189-198.
24. Gutiérrez, C. Macedo, B. (2003). *Si quieres empezar.....En casa puedes empezar con sonido*.México:Selector.
25. Hernández R., Fernández, C., Baptista, P. (2006), *Metodología de la Investigación*, (4ta. Ed.). México: Mc Graw Hill.



26. Hernández, P. (2009), *Estilos de afrontamiento y factores asociados en madres de niños con hipotiroidismo congénito detectados por tamiz*. Tesis de la Universidad Autónoma Metropolitana. México, s.n. Descripción 106 h., número de sistema 123979.
27. Hernández G. (2009), “*Estilos de afrontamiento y factores asociados en madres de niños con hipotiroidismo congénito detectados por tamiz y en programa de seguimiento*”. Tesis UAM Xochimilco.
28. Holroyd J. (1974). “The Questionnaire on Resources and Stress”. An Instrument to measure family response to handicapped member”. *Journal of Community Psychology*, 2(1), 92-94.
29. Ibáñez I. y Olmedo, C. E. (2003), “Factorización exploratoria del cuestionario Ways of Coping (WCQ) Psicología conductual. *Revista internacional de Psicología clínica y de la Salud*, 1, 79-94. en la investigación mexicana sostienen que hay 6 factores.
30. Juárez, M. (2007), “*Afrontamiento del estrés desde las Psicoterapias cognitiva conductual y racional emotiva*”. Tesis con número de registro UNAM 053-328325-J1-2007, Colegio Paternon Psicología.
31. Juareguizar, J y Espino, A. (2005), “*Enfermedad física crónica y familia*” 1ra. Ed., México. Libros en red.

32. Kelley, W. (1993). *Medicina Interna*, volumen 1 (2da. ed). Medico Panamericana: Madrid España.
33. Lagos, E., Loubat, M., Muñoz, E. y Vera P. (2004), *Estrategias de afrontamiento de Padres de Niños con Secuelas de Quemaduras Visibles*” Revista de Psicología Universidad de Chile, Santiago de Chile. Vol. XIII, No 2 pág. 51-62.
34. Lazarus, R. y Folkman, S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*, México: Roca.
35. Lazarus, R. y Folkman, S. (1986), “Estrés y procesos cognitivos” 1ra. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
36. Lazarus, R. y Folkman, S. (1991), “*Estrategias de Afrontamiento*”. Barcelona: Masson.
37. Limiñana, R., Corbalán J. y Patró R. (2007), “Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina”, *Anales de Psicología*, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia. Vol. 23, No 2 (Diciembre, 2007) pág. 201-206.
38. Loubat, M. y Cuturrufó N. (2007), “*Estrategias de afrontamiento de padres respecto de los primeros brotes psicóticos de sus hijos y su relación con la adhesión a tratamiento*” REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2007; 45 (4): 269-277.

39. Malka M. Amiram R. y Dee A. (1992), "Coping and coherence among parents with disabled children". *Journal of Clinical Child Psychology*. Vol. 21, No 3 pág. 202-209.
40. Morera, C., Algarra, J. (2006), *Lecciones de Otorrinolaringología Aplicada*, (2da. ed.) lugar Glosa.
41. Moysén Chimal A. Garay López J. Estebán Valdéz JM. De la cruz, Gurrola Peña GM. "Estrategias de afrontamiento en universitarios consumidores y no consumidores de alcohol". *Psicologia.com* (Internet). 2011 (citado 18 jul 2011); 15:13.
42. Disponible en <http://hdl.handle.net/10401/3966>.
43. Moral, J. y Martínez , J. (2009). "Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento". *Psicología y Salud*, Vo.19, Núm.2, Julio-Diciembre de 2009. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana.
44. Nava, C., Zaira, C. y Soria, R., (2008), "Escala de modos de afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas escala de modos de afrontamiento" *Universitas psychologica* V.9 No.1 enero-abril, 2010. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México.
45. Nava, C., Olluo, P. Vega C. y Soria R. 2010), "Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación", *Psicología y salud* Volumen 20, Numero 2, julio-diciembre de 2006, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana.

46. Navarro, V. y Novel, G. (2005), “*Enfermería médico-quirúrgica: necesidad de comunicación y seguridad*”. (2da. ed). Barcelona: Masson.
47. Orford, J., Rugby K., Millar T., Todd A., Bennet G. y Velkman R. (1992), “*Ways of coping with excessive drug use in the family*”. A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *Journal of Community y Applied social Psychology*. 2.163-183.
48. Papalia, D. (2010), “*Desarrollo Humano*” (11<sup>a</sup> ed). Mcgraw Hill.
49. *Psicología y Salud*, Volumen 20, Número 2: 213-220, Julio-Diciembre de 2010, Artículo: *Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación*, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana.
50. *Psicología y Salud*, Volumen 19, Número 2, Julio-Diciembre de 2009, Artículo: *reacción ante el diagnostico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento*, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana.
51. Popp, M. (2008), “*Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI)*”. versión On-line ISSN 1668-7027, Interdisciplinaria v.25 n.1 Buenos Aires ene./jul. 2008.

52. Quintanilla, R., Valadez, I., Vega, J. y Flores, L. (2006), "*Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida*" Revista Psicología y Salud, Volumen 16, Número 2: Julio-Diciembre de 2006, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana.
53. Rubiños, A. (2012), "*Estrés, ansiedad y estilos de afrontamiento de padres con hijos internos en Unidad de Cuidados Intensivos*". Revista Electrónica en ciencias sociales y humanidades apoyadas por nuevas Tecnologías, Universidad Autónoma de México, Vol. 1, No 1 pág. 51-62.
54. Ruano, R. y Serra, E. (2000), *Estrategias de afrontamiento en familias con hijos adolescentes*", anales de Psicología 2000, Vol.16, Núm.2, 199-206.Murcia España.
55. Sanjuán, P. y Alejandro Magallanes, A. (2007), "*Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento*". Clínica y Salud, 2007, vol. 18 n.º 1 - Págs. 83-98. ISSN: 1130-5274.
56. Sandín, B. y Chorot, P. (2003). "*Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar*". Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8(1), 39-54.
57. Sadurni, M. (2008). El desarrollo de los niños, paso a paso, (3ra. ed).Barcelona: UOC.

58. Sánchez J. (1991). " *Evaluación de las estrategias de afrontamiento*". En G. Buela Casals y V.E. Caballo (Eds.), *Manual de Psicología clínica aplicada* (pp. 247-270). Madrid Siglo XXI.
59. Stefani, d. Seidmann, s. Pano, C. Acrich, L. y Bail, (2003), "*Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, asilamiento social y estilos de afrontamiento*". *Revista Latinoamericana de Psicología*, Fundación Universidad Konrad Lorenz, Universidad Autónoma del Estado de México, Vol. 1, No 1 pág. 51-62.
60. Scheier, M., Wientraub, J. y Carver, Ch. (1989; citado por Quaas, C. 2006), "*Diagnóstico de Bournout y técnicas de afrontamiento al estrés en profesores universitarios de la quinta región de Chile*", *psicoperspectivas revista de la escuela de psicología facultad de filosofía y educación pontificia universidad católica de Valparaíso vol V (1) 2006*, pp. 65-75.
61. Sotelo, A. y Maupome, S. (1999), "*Traducción y estandarización del cuestionario modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos*" Tesis de Licenciatura UNSM, México D. F. México.
62. Suárez, A. Suárez, H. Rosales, B. (2008). *Hipoacusia en niños*, *Archivos de pediatría del Uruguay* 79 (4): 315-319.

Recuperado de [http://www.sup.org.uy/Archivos/Adp79-4/pdf/adp79-4\\_8.pdf](http://www.sup.org.uy/Archivos/Adp79-4/pdf/adp79-4_8.pdf).

63. Soriano, C. Guillazo, G. (2007). *“Fundamentos de Neurociencia”*.-México:UOC. *Audición*.
64. Tobón, S. Nuñez, A, y Vinaccia, S. (2004), *“Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutica en el área de la salud a partir del enfoque procesal del estrés”* en la Revista de Estudios Sociales, Universidad de los Andes Bogota, Colombia, Número 018, agosto 2004, pp.59-65.
65. Vallejo, A., Osorno, J., Mazadiego T. y Segura, B. (2007), *“Evaluación psicométrica del inventario de respuestas de atontamiento de Moss para adolescentes (CRI-Y Form), en una muestra mexicana”*. Revista de educación y desarrollo, 7. Octubre-Diciembre de 2007.
66. Vázquez, S. (2007), *“Afrontamiento y calidad de vida en la diada paciente-cuidador ante un evento vascular cerebral”*. Tesis UNAM. Facultad de Psicología
67. Vicenzi, H. Grabosky F. (1989) *“Measuring emotional and social aspects of loneliness and isolation”*. En M. Horgat (Ed). Loneliness.Thousand Oaks: SAGE.
68. Villaseñor T., Guardia J. Jimenez M., rizo G. y Però M. (2009). *“Sensitivity and specificity of the Mini-Mental State Examination in the Mexican Population”*. Quality and Quality, Vol. 44,6, 1105-1112.
69. Vitalino P. Russo J., Carr., Maiuro R. Becker J. (1985). *“The Ways of Coping Checklist: revision and psychometric properties”*. Multivariate Behavioral Research, 20, 3-26.

70. Weir, J. Bradley W. Daroff, R. Fenichel, G. y Jankovic, J. (2005). *Neurología clínica: diagnóstico y tratamiento, (4ta. ed.)*. España:Elsevier.

71. Zavala, L., Rivas, R., Andrade, P. y Reidl L. (2008) “*Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la ciudad de México*”.

Revista Intercontinental De Psicología y Educación, Vol. 10, Núm.2, julio-diciembre 2008. Pp159-182.



# ANEXOS

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido informado que al responder el cuestionario que se me presenta, estaré participando en una investigación denominada "ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MADRES QUE TIENEN HIJOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPOACUSIA". La información que se obtenga de la investigación, se utilizará como recurso para mejorar la atención terapéutica que actualmente se brinda y al mismo tiempo abrirá una línea de investigación en el campo de la psicología. Al firmar, estoy de acuerdo en participar sabiendo que puedo dejar de hacerlo si así lo deseo, sin que esto tenga consecuencia alguna.

Firma

\_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES

Fecha : \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Edad de la Madre: \_\_\_\_\_

Edad del niño/(a): \_\_\_\_\_

Estado civil de la Madre: \_\_\_\_\_

Escolaridad de la Madre: \_\_\_\_\_

Ocupación de la Madre: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO MODOS DE AFRONTAMIENTO WOC

(Lazarus y Folkman 1991)

En el presente cuestionario encontrará una lista de situaciones que en general las personas piensan, sienten y/o hacen para afrontar las distintas demandas de una determinada situación.

Lea por favor cada una de las oraciones que se le indican a continuación y rodee con un círculo el número que corresponda a la categoría que exprese alguna situación dada.

0 En absoluto  
1 En alguna medida  
2 Bastante  
3 En gran medida

1.-Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer.	0	1	2	3
2.- Intente analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3.- Me volqué en el trabajo o en otra actividad para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
4.- Sentí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5.- Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6.- Hice algo que no sabía si serviría pero al menos no me quede sin hacer nada.	0	1	2	3
7.- Intenté encontrar al responsable para hacerlo cambiar de opinión.	0	1	2	3
8.- Hablé con alguien para averiguar mas sobre la situación.	0	1	2	3
9.- Me critique o me sermonee a mi mismo	0	1	2	3
10 No intente agotar las posibilidades sino que deje alguna posibilidad abierta	0	1	2	3
11.- Confié en que ocurriera un milagro.	0	1	2	3
12.- Seguí adelante con mi destino (simplemente en ocasiones tengo mala suerte)	0	1	2	3

0 En absoluto  
 1 En alguna medida  
 2 Bastante  
 3 En gran medida

13.- Seguí adelante como si no hubiera pasado nada	0	1	2	3
14.- Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15.- Trate de ver las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16.- Dormí más de lo que acostumbro.	0	1	2	3
17.- Manifesté enojo a la(s) persona(s) responsables del problema.	0	1	2	3
18.- Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19.- Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir bien.	0	1	2	3
20.- Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21.- Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3
22.- Busqué ayuda profesional.	0	1	2	3
23.- Cambié, maduré como persona.	0	1	2	3
24.- Esperé a ver lo que pasaba antes de actuar.	0	1	2	3
25.- Me disculpe o hice algo para compensar.	0	1	2	3
26.- Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	0	1	2	3
27.- Acepté una posibilidad mejor que la que quería	0	1	2	3
28.- De algún modo expresé mis sentimientos.	0	1	2	3
29.- Me di cuenta que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3
30.- Salí bien librado de la experiencia.	0	1	2	3
31.- Hablé con alguien que podía hacer algo en concreto sobre mi problema.	0	1	2	3
32.- Me aleje del problema por un tiempo, intente descansar o tomar unas vacaciones.	0	1	2	3
33.- Intenté sentirme mejor, ya sea tomando, fumando, tomando drogas o medicamentos.	0	1	2	3
34.- Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3

0 En absoluto  
 1 En alguna medida  
 2 Bastante  
 3 En gran medida

35.- Intenté no actuar demasiado aprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.	0	1	2	3
36.- Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37.- Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38.- Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39.- Cambié algo para que las cosas marcharan bien	0	1	2	3
40.- Evité estar con la gente.	0	1	2	3
41.- No permití que me venciera, rehusé pensar en el problema todo el tiempo.	0	1	2	3
42.- Pedí consejo a un amigo, pariente que respeto.	0	1	2	3
43.- Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.	0	1	2	3
44.- No tomé en serio la situación, me negue a considerarla demasiado en serio.	0	1	2	3
45.- Le conté a alguien como me sentía.	0	1	2	3
46.- Me mantuve firme y luche por lo que quería.	0	1	2	3
47.- Me desquité con los demás.	0	1	2	3
48.- Recurrí a experiencias pasadas, ya me había encontrado antes un una situación similar.	0	1	2	3
49.- Sabía lo que había que hacer, así que redoble esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1	2	3
50.- Me negué a creer lo que me había ocurrido.	0	1	2	3
51.- Me prometí a mi mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52.- Propuse un par de soluciones distintas para el problema.	0	1	2	3
53.- Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54.- Intenté que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas.	0	1	2	3

0 En absoluto  
 1 En alguna medida  
 2 Bastante  
 3 En gran medida

55.- Deseo poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía.	0	1	2	3
56.- Cambié algo de mi.	0	1	2	3
57.- Imaginé que estaba en otro lugar mejor.	0	1	2	3
58.- Deseo que la situación se desvaneciera o terminara de otro modo.	0	1	2	3
59.- Imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60.- Rece.	0	1	2	3
61.- Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62.- Repase mentalmente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63.- Pensé como resolvería la situación una persona a la que admiro y la tomé como modelo.	0	1	2	3
64.- Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3
65.- Me recordé a mi mismo que las cosas podrían ser peores.	0	1	2	3
66.- Hice ejercicio.	0	1	2	3