

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO**



**ANSIEDAD, ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
EN PADRES DE NIÑOS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO (LPH)**

**Por
C.D.E.O. ERIKA ROSARIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ**

**QUE COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

NOVIEMBRE, 2013

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO**



**ANSIEDAD, ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
EN PADRES DE NIÑOS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO (LPH)**

**Por
C.D.E.O. ERIKA ROSARIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. BLANCA IDALIA MONTOYA FLORES**

**QUE COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

NOVIEMBRE, 2013

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO**



**ANSIEDAD, ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
EN PADRES DE NIÑOS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO (LPH)**

Por

C.D.E.O. ERIKA ROSARIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

CO-DIRECTORA DE TESIS

DRA. ANA MARIA SALINAS MARTÍNEZ

**QUE COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

NOVIEMBRE, 2013

**ANSIEDAD, ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
EN PADRES DE NIÑOS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO**

Aprobación de Tesis:

Dra. Blanca Idalia Montoya Flores
Presidente

Dra. S.P. Ana María Salinas Martínez
Co-directora de tesis
Secretario

Vocal

Dr. en CS. Esteban Gilberto Ramos Peña
Subdirector de Investigación, Innovación y Posgrado

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos aquellos que han contribuido en mi formación personal y profesional, para ver finalizado este logro.

Primeramente, a Dios, a mis padres y a mi esposo Luis por estar siempre presentes.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, por brindarme la oportunidad de seguir creciendo.

A mis maestros, especialmente a la Dra. Blanca Montoya y la Dra. Ana María Salinas, por su apoyo invaluable.

A las facilidades otorgadas por el Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad del Estado de Nuevo León, a través de la Dra. Laura Melloni, por su ayuda incondicional para la realización del proyecto.

A mis compañeros y amigos, por darme ánimos en cada noche de desvelo.

Una vez más, ¡gracias!

TABLA DE CONTENIDO

	Página
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES	3
1.1 Introducción	3
1.2 Marco teórico	4
1.2.1 Labio y paladar hendido (LPH)	4
1.2.2 Psicología y LPH	5
1.2.3 Ansiedad	7
1.2.4 Estrés	9
1.3.2 Afrontamiento	11
CAPÍTULO 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ...	14
CAPÍTULO 3. JUSTIFICACIÓN	15
CAPÍTULO 4. HIPÓTESIS	16
CAPÍTULO 5. OBJETIVOS	17
5.1 Objetivo general	17
5.2 Objetivos específicos	17
CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA	18
6.1 Diseño del estudio	18
6.2 Población de estudio	18
6.3 Criterios de selección	18
6.4 Ubicación espacial	18
6.5 Técnica muestral	19
6.6 Cálculo del tamaño de muestra	19
6.7 Variables	20
6.7.1 Operacionalización de las variables	20
6.7.2 Variables de interés	27
6.7.2 Variables de control	30
6.8 Instrumentos de medición	31
6.8.1 Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)	31
6.8.2 Escala de Estrés Percibido (PSS)	32
6.8.3 Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)	32
6.9 Procedimientos	33
6.10 Plan de análisis	34
6.11 Consideraciones éticas	34

CAPÍTULO 7. RESULTADOS	35
7.1 Descripción general de la población	35
7.2 Niveles de ansiedad y estrés	36
7.3 Estrategias de afrontamiento dominantes	37
7.4 Distribución por sexo	38
7.5 Otras variables de interés	40
7.6 Correlación con variables de interés	41
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	43
8.1 Limitaciones del estudio	45
CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES	46
9.1 Recomendaciones	47
REFERENCIAS	48
ANEXO A. Cuestionario y escalas.....	50
ANEXO B. Carta de consentimiento informado	59

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
I. Niveles de ansiedad	36
II. Nivel de estrés	36
III. Distribución de medias de acuerdo a las estrategias de afrontamiento	37
IV. Promedio de utilización de la estrategia focalización en la solución del problema	37
V. Diferencia de medias en ansiedad, estrés y afrontamiento, de acuerdo al sexo de los padres	38
VI. Diferencia de medias en ansiedad, estrés y afrontamiento, de acuerdo al sexo del niño	39
VII. Diferencia de medias de acuerdo a la queiloplastía	40
VIII. Diferencia de medias de acuerdo a antecedentes familiares de LPH	41
IX. Correlación de los niveles de ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento con variables de interés	42

NOMENCLATURA

A-E	Ansiedad Estado
AFN	Autofocalización negativa
A-R	Ansiedad Rasgo
BAS	Búsqueda de apoyo social
CAE	Cuestionario de afrontamiento del estrés
EEA	Expresión emocional abierta de agresividad
EVT	Evitación
FSP	Focalización en la solución del problema
LPH	Labio y paladar hendido
PSS	Perceived Stress Scale (Escala de estrés percibido)
REP	Reevaluación positiva
RLG	Religión
STAI	State - Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo)

RESUMEN

C.D.E.O. Erika Rosario González Rodríguez

Fecha de Graduación: Noviembre de 2013

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

Título del Estudio: ANSIEDAD, ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES DE NIÑOS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO (LPH)

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública

Número de páginas: 61

Propósito y Método del Estudio: Determinar los niveles de ansiedad y estrés de los padres de niños con labio y paladar hendido, así como identificar las principales estrategias de afrontamiento utilizadas para hacer frente a esta situación, se realizó la presente investigación para aportar datos actuales en población mexicana. El diseño del estudio fue de tipo no experimental, transversal, correlacional y comparativo. La muestra estuvo compuesta de 142 padres y madres que tienen un hijo con labio y paladar hendido, en edades comprendidas desde cero meses hasta doce años.

Contribuciones y Conclusiones: Este estudio permitió conocer las estrategias de afrontamiento, los niveles de ansiedad y estrés de los padres de niños con labio y paladar hendido. Los hallazgos encontrados demostraron que el nivel de ansiedad- estado fue bajo, con una media de 16.0 ± 9.4 puntos, contrario a lo que se esperaba, dado el impacto que sufren los padres al enfrentarse al hecho de tener un hijo con esta anomalía congénita. El nivel de estrés, en cambio, con una media de 20.1 ± 7.1 puntos se encontró en un nivel medio, y la estrategia de afrontamiento más frecuente fue la focalización en la solución del problema, estrategia positiva y deseable utilizada tanto en hombres como en mujeres, con una media de 16.4 ± 4.9 puntos. En relación a la división por sexo, las madres presentaron diferencias significativas en comparación con los padres, en niveles de ansiedad-rasgo (media de 20.8 ± 9.6 en las madres y 16.5 ± 7.5 en los padres), estrés (media de 21.7 ± 7.3 en las madres y 17.9 ± 6.4 en los padres), y las estrategias de afrontamiento expresión emocional abierta de agresividad media de

5.1 \pm 4.0 en las madres y 3.5 \pm 3.6 en los padres), evitación (media de 4.8 \pm 4.0 en las madres y 3.3 \pm 3.4 en los padres), autofocalización negativa (media de 7.2 \pm 4.1 en las madres y 5.4 \pm 3.7 en los padres) y reevaluación positiva (media de 13.9 \pm 4.6 en las madres y 12.1 \pm 4.5 en los padres) con mayor puntaje. La única diferencia en relación al sexo del niño fue la utilización de la estrategia religión, siendo mayor si el hijo es de sexo femenino. La edad de los padres y la edad del niño fueron directamente proporcionales a la utilización de las estrategias religión y focalización en la solución del problema.

FIRMA DE LA DIRECTORA DE TESIS _____

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

1.1 Introducción

La fisura palatina es una malformación congénita, de diversos grados de complejidad, que abarca desde una simple depresión del labio hasta su hendidura total, conjuntamente con velo y paladar, denominada Labio y Paladar Hendido (LPH) (Limiñana, Corbalán, & Patró, 2007).

El LPH es un problema de salud a nivel mundial que no es fatal, pero que afecta la imagen personal, y presenta problemas funcionales, sociales y psicológicos tanto en los niños como en los padres, que es importante tratar de forma temprana por las repercusiones y consecuencias psicológicas que se pueden presentar a lo largo del desarrollo y que puedan afectar la calidad de vida, por lo que es importante realizar investigaciones en pacientes en el transcurso de su crecimiento para determinar el tratamiento no sólo ortopédico – quirúrgico, sino también psicológico para evitar posibles traumas.

Limiñana et al. (2007) menciona que el inesperado nacimiento de un hijo con este tipo de malformación tiene un enorme impacto psicológico en los padres que repercute en la dinámica familiar que los mueve a utilizar estrategias de afrontamiento. Evaluar estas estrategias permite describir los modos de respuesta y el modo en que los padres afrontan esta nueva realidad.

El nacimiento o el hecho de tener un hijo con esta problemática (LPH) es altamente estresante, provoca ansiedad en los padres, disminuye la calidad del desarrollo personal afectando el bienestar familiar y conlleva a consecuencias psicológicas que aparecen ante la necesidad del diagnóstico, como buscar el tratamiento y los especialistas adecuados para mejorar la calidad de vida del hijo.

1.2 Marco teórico

1.2.1 Labio y paladar hendido (LPH)

Las malformaciones craneofaciales son defectos congénitos que comprometen de forma variable, las estructuras de la cara y el cráneo. Entre ellas, el labio y/o paladar hendido es la más frecuente. El niño nace con una hendidura anormal en el labio, el paladar o ambos, y puede presentarse aislado o asociado a otras malformaciones o dentro de un síndrome malformativo (Cáceres, 2004).

Esta malformación genera una serie de secuelas que pueden afectar seriamente la calidad de vida, como alteraciones estéticas, disminución de la audición, alteraciones dentoalveolares, alteraciones del habla, disminución de la autoestima, entre otras. La etiología es multifactorial, existiendo factores genéticos, ambientales, o ambos, y la incidencia reportada en México, es de 1.39 casos por cada 1,000 nacidos vivos (Trigos, Guzmán, & Figueroa, 2003).

En los casos en que está afectado tanto el labio como el paladar, el tratamiento completo e integral del paciente comprende desde el nacimiento hasta la adolescencia, y en algunos casos puede prolongarse hasta la edad adulta, lo cual representa la participación de múltiples disciplinas de la salud: médicos, odontólogos, foniatras, psicólogos, etc., y en nuestro país aún existe un enorme rezago para la atención de este problema, que requiere de acciones concretas específicas y efectivas de todos los especialistas involucrados en devolver al paciente la función y la estética. Entre las diversas formas de tratamiento, el éxito de la terapia se mide por el grado de adaptación, satisfacción, ajuste y bienestar interno del paciente (Cáceres, 2004).

Entre los factores que pueden afectar el grado de ajuste social se encuentran la visibilidad y severidad del defecto facial, la autopercepción de

atractivo físico, la dificultad del habla, factores demográficos, el apoyo social y los factores familiares, que comprenden el estrés y los niveles de adaptación de los padres (Berger & Dalton, 2011) (Kapp-Simon, 2004).

1.2.2 Psicología y LPH

En el aspecto psicológico, el impacto que tiene en la familia el nacimiento de uno de sus miembros con una malformación como LPH, repercute sobre todo, en las expectativas de los padres, que sienten cómo las ilusiones son bruscamente sustituidas por las demandas del diagnóstico y las necesidades inmediatas de tratamiento, donde sus vidas tendrán como propósito prioritario la rehabilitación completa de las alteraciones (Limiñana et al., 2007).

Actualmente, la mayoría de las investigaciones en relación a malformaciones craneofaciales, como el LPH, han sido realizadas en relación a los efectos que causa en la persona afectada, y el impacto que tiene dicho acontecimiento en la familia, ha recibido mucho menos atención (Baker & Owens, 2009).

Y aunque algunos otros autores (Kramer et al., 2007) mencionan que tiene poco impacto en la calidad de vida, se cree que la adaptación efectiva de los padres puede llegar a ser crítica para ayudar al niño con LPH a adaptarse a su condición.

El cómo los padres enfrentan esta situación relacionado con los recursos sociales, psicológicos e incluso económicos marcan las primeras respuestas y organizan la progresiva adaptación parental y familiar. El tratamiento multidisciplinario implica un largo camino por recorrer, y en la mayoría de los casos se requerirán como mínimo 3.5 procedimientos quirúrgicos (Trigos et al.,

2003), que representarán tiempo y recursos económicos, generando a su vez, preocupación y angustia de los padres.

El tener un hijo con algún tipo de discapacidad representa una experiencia prolongada y dolorosa, que puede causar en los padres un desajuste psicológico y un importante sufrimiento emocional. Es un evento estresante que puede causar una crisis vital, por los significados cruciales y los elementos existenciales que tiene implícitos. Algunos estudios identifican y describen determinantes de esta experiencia como frustración de los padres, especialmente de la madre, al intentar amamantar al recién nacido, la ansiedad que les produce su defecto facial, las reacciones de familiares y amigos, así como el desarrollo futuro de su hijo (Limiñana et al., 2007).

Actualmente, los métodos de diagnóstico prenatal permiten la detección de ciertas anomalías, como el LPH, antes del nacimiento, y por lo tanto el que los padres sepan que su hijo presentará esta condición, lo cual implica que en los casos donde esto sucede, el tratamiento comienza antes de que el niño nazca (Cáceres, 2004), ya que el apoyo psicológico será de gran ayuda para enfrentar el problema y disponer a los padres de manera más adecuada para recibir al recién nacido.

Aunque este tipo de malformación no presenta de forma primaria un riesgo para la vida del niño, y que en la mayoría de los casos no está asociada a retardo mental, tiene un impacto análogo al que experimentan los padres de un niño con discapacidad. La familia entera enfrenta un suceso inesperado y desconocido, sucediendo las etapas de negación, miedo y angustia. Los padres viven una situación de duelo, y deben plantearse adversidades que no previeron. Acontecimiento que puede verse agravado con la falta de información y orientación por parte del personal de salud, tanto para la atención del neonato, como para la falta de consideración de las necesidades de los padres (Cáceres, 2004).

La magnitud con que la familia vive esta situación depende en gran medida de una serie de factores, que tienen que ver con la biografía de los padres. Las reacciones, independientemente de la gravedad de la malformación, pueden ser muy diversas. Esto puede alterar la vinculación inicial del niño, sobre todo con la madre, hecho que se compromete aún más, cuando existen problemas para amamantar al recién nacido. Puede surgir incluso, la tendencia inmediata a rechazar a su hijo, nacido con las expectativas no cumplidas. Este mecanismo, a veces inconsciente, puede marcar de forma negativa el desarrollo del niño, manifestándose en rechazo, maltrato, falta de estimulación, sobreprotección, entre otros.

Después del impacto inicial, la mayoría de los padres se adaptan de alguna forma, inician los tratamientos correctivos, y la familia tiene la oportunidad de proteger al niño ante situaciones de segregación que suceden con cierta frecuencia, debido a las secuelas de la malformación, como voz nasal, cicatrices en el tercio medio de la cara, alteraciones dentales o discrepancias del tamaño del maxilar. Estas condiciones, aunadas al sentimiento de culpa de los padres, determinan la aparición de estilos de crianza donde predomina la sobreprotección y sus derivados. Muchos niños no asisten a la educación preescolar.

Es entonces hasta la edad escolar donde se hacen evidentes ciertas alteraciones de tipo psicológico conductuales o emocionales, ya que muchas veces, hasta este momento, es cuando el niño experimenta por primera vez, el rechazo y la segregación. Esto provoca serias dificultades de adaptación al medio escolar, en particular cuando los adultos responsables no hacen alguna intervención o adecuación que lo ayude.

La adolescencia es otra etapa crítica para el paciente y sus padres, ya que la búsqueda de identidad puede verse entorpecida, por conflictos no

resueltos, con tendencia al aislamiento y la constricción. En esto influyen variables como la actitud de la familia, estilos de crianza, adaptación escolar y calidad del tratamiento recibido.

1.2.3 Ansiedad

La ansiedad es el sentimiento emocional negativo que ocurre como respuesta ante una amenaza, el sistema nervioso autónomo prepara al cuerpo para la “lucha” o la “pelea” (reacción de emergencia). Los síntomas incluyen fatiga, dificultad para concentrarse, tensión y desórdenes del sueño (Brain, 2002).

Existen diferentes tipos:

- Ansiedad Cognitiva: Se refiere a pensamientos negativos que la persona puede desarrollar acerca de logros y expectativas.

- Ansiedad Somática: Se debe más que a pensamientos, a reacciones físicas, tales como el incremento de la sudoración.

- Ansiedad Estado: Ocurre sólo ante ciertas situaciones, con sentimientos de nerviosismo, preocupación y aprehensión asociados con excitación corporal de manera transitoria. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

- Ansiedad Rasgo: Se refiere al rasgo estable de ansiedad que algunas personas tienen como parte de su personalidad. Es un comportamiento que predispone a percibir un amplio rango de circunstancias no peligrosas como amenazantes y responde a ellas con niveles desproporcionados de ansiedad tanto en intensidad y magnitud.

- Ansiedad Competitiva: Se produce en circunstancias de competencia que pueden afectar negativamente la concentración y el nivel de procesamiento de la información (Brain, 2002).

Los padres de niños con LPH no están preparados para el nacimiento de un hijo con alguna anomalía, y deben enfrentar sentimientos de pérdida, duelo, preocupación (Kapp-Simon, 2004), ansiedad y depresión (Baker & Owens, 2009). A pesar de que los avances médicos permiten un buen pronóstico y la anomalía puede ser corregida, sufren estrés psicológico debido al defecto facial evidente de su hijo, aunado a las posibles dificultades financieras a las que puedan enfrentarse, la búsqueda de información sobre los cuidados y los tratamientos a largo plazo (Kapp-Simon, 2004).

Por otro lado, mujeres entrevistadas durante un estudio en Taiwan, que decidieron llevar su embarazo a término, aún a pesar de conocer el diagnóstico de LPH, manifestaron culpabilidad, indecisión, ansiedad causada por información insuficiente, angustia relacionada con los cuidados del futuro bebé y preocupación por un posible estado de desventaja (Hsieh, Chao, & Shiao, 2013). En relación a la alimentación, es sobre todo la madre quien puede sufrir la preocupación de no alimentarlo satisfactoriamente y con esto crear un pobre lazo afectivo con la incapacidad de darle seno materno.

En etapas posteriores, cada vez que el niño sea hospitalizado para llevar a cabo intervenciones quirúrgicas, tanto él como sus padres deberán afrontar una variedad de estresores relacionados con la duración y la complejidad del procedimiento. La cirugía interrumpe la vida social del niño, incluyendo sus actividades escolares y deportivas. Por su parte los padres pueden recordar todas las emociones asociadas con el nacimiento del niño, como tristeza, ansiedad y culpa, así como lidiar con estresores adicionales como ausentarse del trabajo, el cuidado de los otros hijos, preocupaciones económicas, la logística de la transportación y la estadía durante la hospitalización (Idem, 2004).

1.2.4 Estrés

El estrés es un estado fisiológico que se manifiesta como una respuesta adaptativa física y psicológica ante las demandas y amenazas del entorno. Las características de la respuesta guardan una relación importante con aspectos individuales, sociales y culturales que dan un aspecto particular a la experiencia percibida de cada persona (Campo-Arias, 2009). El estrés y su relación con la salud ha sido uno de los temas de mayor interés de las últimas décadas. Algunas investigaciones han reportado evidencia de que factores ambientales, psicológicos y conductuales, afectan el funcionamiento del sistema inmunológico en los seres humanos (González & Landero, 2007).

El LPH puede ser considerado un estresor crónico que exige grandes demandas a la familia y por tanto requiere ajustes durante periodos de tiempo prolongados. Existe evidencia sobre los efectos benéficos del apoyo social durante la vida del niño, mismos que disminuyen durante la adolescencia (Baker & Owens, 2009).

En el ambiente familiar, el que algún miembro presente LPH trae consigo una serie de estresores adicionales a los vividos diariamente, los cuales requieren cambios sustanciales en la estructura y función familiar, y que además afectan emocional, social y económicamente el bienestar de la familia como unidad, así como a cada uno de los miembros.

La poca investigación disponible hasta hoy, sugiere que las madres de niños con malformaciones congénitas, incluyendo LPH, experimentan gran estrés, se sienten menos competentes y reportan mayores conflictos maritales en comparación con grupos control. Otros estudios mencionan que los niños con LPH tienen poco impacto sobre la calidad de vida de sus padres. Sin embargo, la adaptación de los padres es crítica para ayudar a sus hijos con LPH a ajustarse a su condición. Algunos factores clave pueden ser: una figura materna o paterna constante que se encargue de ellos, ventajas

socioeconómicas, un marco familiar positivo y características en el manejo familiar, tales como buena comunicación, afrontamiento efectivo y cohesión familiar (Baker & Owens, 2009).

La mayoría de las investigaciones sobre aspectos psicosociales sobre LPH examinan sólo los resultados negativos (depresión, ansiedad, etc.) y muy poco sobre adaptación. En los estudios sobre estrés, se ha demostrado que las personas que experimentan mayor cantidad de estresores a lo largo de su vida, pueden encontrar beneficios de esos eventos, tales como mejor entendimiento, aprendizaje sobre nuevas maneras de lidiar con problemas y desarrollar relaciones más sólidas y duraderas. Incluso, un pequeño estudio piloto realizado con padres de niños con LPH identificó varios resultados positivos: incremento en la sensibilidad hacia los demás, habilidad para ayudar a otros, aceptación de los retos de la vida, mejora de las habilidades para comunicarse, mayor adaptabilidad y flexibilidad, así como relaciones más cercanas (Baker & Owens, 2009).

1.2.5 Afrontamiento

El concepto de afrontamiento, término aceptado en español de la palabra “coping”, en inglés, definido por Lazarus y Folkman, hace referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales que lleva a cabo el individuo para manejar los eventos disruptivos que limitan la habilidad de las personas para ajustarse (Lazarus & Folkman, 1984). Estos autores propusieron un modelo que provee un amplio marco aplicable al entendimiento de la respuesta individual y familiar sobre la experiencia de tener una fisura (Berger & Dalton, 2011). En términos generales, el modelo tiene tres procesos: *las estimaciones primarias* son la categorización de un evento con respecto a su significancia de acuerdo al bienestar individual. Las *estimaciones secundarias* están relacionadas con la evaluación de los recursos potenciales disponibles para el cambio. El

afrontamiento es la iniciación de la respuesta dependiente de las estimaciones primarias y secundarias. Las estimaciones ofrecen una percepción a través de la cual un individuo interpreta un evento, conformándolo a su entendimiento del entorno. Los eventos son experimentados como estresantes cuando las demandas de la situación exceden los recursos de un individuo para afrontarlas (Berger & Dalton, 2011).

Existe evidencia de que el afrontamiento puede mitigar los efectos negativos de situaciones estresantes. Generalmente, el afrontamiento orientado a la evitación es visto como una mala adaptación y el afrontamiento orientado a enfocarse en el problema es visto como adaptativo. Por ejemplo, las estrategias de afrontamiento enfocadas a la solución del problema, está asociada con un buen ajuste a los eventos estresantes de la vida y a estados emocionales más positivos (Baker & Owens, 2009).

El afrontamiento posee gran interés en el ámbito de la psicología clínica y la psicopatología porque el modo en que el individuo hace frente al estrés puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud (Sandín & Chorot, 2003).

Creer y desarrollarse con una fisura, representa para el individuo y para sus padres o familiares cercanos, un amplio rango de retos potenciales que pueden considerarse estresantes y que requieren estrategias para su afrontamiento (Berger & Dalton, 2009). El padecer una malformación congénita se percibe como un estresor constante que involucra grandes demandas en la familia y requiere ajustes en periodos de tiempos prolongados. El apoyo social influye de manera positiva en la adaptación de los padres al tener un hijo con alguna alteración física (Idem, 2009).

El individuo utiliza diversas estrategias para tratar con el estrés, que pueden ser o no adaptativas, de esta manera, el afrontamiento está

determinado tanto por la situación como por la persona (Sandín & Chorot, 2003).

El afrontamiento sirve para reducir y manejar las demandas en el entorno familiar, brindar recursos para manejar la situación y disminuir la intensidad de la enfermedad y sus dificultades consecuentes. El incremento del estrés y la pobre adaptación, pueden resultar cuando existe una falta de balance entre las demandas y los recursos para afrontarlas, requiriendo cambios substanciales en los papeles familiares, metas, valores, prioridades y patrones de funcionamiento. Una buena adaptación involucra que los miembros familiares se ajusten relativamente fácil, con los menores cambios en el sistema familiar, provocando nulo o el menor estrés. Dos de los principales amortiguadores o mediadores de esta adaptación, son el apoyo social y las estrategias de afrontamiento (Idem, 2009).

Existen estudios que apoyan la provisión de talleres enfocados a desarrollar habilidades sociales y de afrontamiento efectivas, ya que reducen la ansiedad de los pacientes y sus padres, incrementan la confianza e introducen la flexibilidad al afrontamiento en situaciones difíciles, por ejemplo, habilidades para resolver problemas y estrategias funcionales de emoción-regulación (Berger & Dalton, 2011).

La intervención proactiva puede proveerlos de la oportunidad de desarrollar habilidades realistas sobre la fisura y estrategias de afrontamiento adaptativas para manejar cualquier dificultad que pudiera presentarse en el futuro (Idem, 2011).

CAPÍTULO 2

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El labio y/o paladar hendido es la anomalía congénita más frecuente de la cara y su tratamiento requiere de la atención oportuna y eficaz de diversas especialidades, tales como cirugía plástica y reconstructiva, ortopedia dentofacial, ortodoncia, otorrinolaringología, psicología, terapia de lenguaje, cirugía maxilofacial, rehabilitación bucal, entre otras, ya que afecta los tercios medio e inferior de la cara, y en ocasiones está asociado con síndromes que pueden afectar cara y cráneo.

Los pacientes con LPH tienen afectaciones en la alimentación, la respiración, algunas veces del oído, y conforme avanzan en edad, alteraciones de la fonación y la interacción social.

El impacto que tiene en los miembros de la familia el tener un hijo con una malformación ha sido descrito en la literatura, tanto desde el punto de vista médico como psicosocial (Limiñana et al., 2007), mientras que otros (Moral de la Rubia & Martínez, 2009) mencionan que cuando el estrés es intenso y no se afronta de manera apropiada, puede provocar síntomas somáticos y disfunción familiar.

2.1 Delimitación del problema

Es por estas razones, que se plantean las siguientes preguntas:

1. ¿Qué niveles de ansiedad presentan los padres de niños con LPH?
2. ¿Qué niveles de estrés presentan los padres de niños con LPH?
3. ¿Utilizan las mismas estrategias de afrontamiento los padres y las madres de niños con LPH?

4. ¿Existe alguna relación entre los niveles de ansiedad, los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento en cuanto al sexo y la edad del niño, la edad de los padres o el tiempo transcurrido desde el diagnóstico?

CAPÍTULO 3

JUSTIFICACIÓN

Investigar este tipo de problemática que si bien afecta a una pequeña parte de la población, no deja de ser relevante, ya que los niños que nacen con LPH, causan un impacto emocional a la familia, afectando la relación familiar produciendo ansiedad y estrés en las madres y padres, provocando en ocasiones, incluso conflictos conyugales.

Algunos autores (Vinaccia, Quiceno, Fernández, Calle, Naranjo, & Osorio, 2008) indican que los estudios de los factores psicoemocionales y psicosociales de personas con LPH son muy escasos en América Latina, mientras que en México los reportes de autores nacionales (Padrón, Achirica, & Collado, 2006) mencionan que no se cuenta con registros específicos para conocer el porcentaje de la población afectada con LPH y debe investigarse la relación entre el estrés que provoca la sobreprotección, el retraso del lenguaje y la imagen del niño, así como llevar a cabo el contraste con otras variables.

Esta investigación ampliará los conocimientos sobre los niveles de estrés y ansiedad y estrategias de afrontamiento que utilizan los padres de niños mexicanos con LPH, interrelacionando estas dos áreas de la salud, que servirá como pauta de estudios posteriores en el país y ayudará a indicar el momento adecuado para recibir atención psicológica, en caso de ser necesaria, además de realizar las gestiones adecuadas para la atención integral de los niños y sus padres.

CAPÍTULO 4

HIPÓTESIS

H1a. Los padres de niños con LPH presentan un nivel de Ansiedad-Estado mayor a 30 puntos.

H1b. Los padres de niños con LPH presentan un nivel de Ansiedad-Rasgo menor a 21 puntos.

H2. Los padres de niños con LPH presentan un nivel de estrés mayor a 18 puntos.

H3. La estrategia de afrontamiento utilizada con mayor frecuencia es la Focalización en la Solución del Problema (FSP), en las madres superior a 15 puntos; y en los padres, menor a 15 puntos.

H4. La correlación entre niveles de ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento es inversamente proporcional a la edad de los padres, sexo y edad del niño y tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

CAPÍTULO 5

OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar los niveles de ansiedad y estrés, así como las estrategias de afrontamiento del estrés más utilizadas en padres de niños con LPH y/o sus secuelas.

5.2 Objetivos específicos

1. Identificar los niveles de ansiedad de acuerdo al Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).
2. Identificar el nivel de estrés de acuerdo a la Escala de Estrés Percibido (PSS).
3. Identificar las estrategias de afrontamiento del estrés de acuerdo al Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE).
4. Comparar los niveles de ansiedad y estrés, así como las estrategias de afrontamiento de acuerdo al sexo de los padres.
5. Examinar la correlación entre los niveles de ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento y edad de los padres, sexo y edad del niño y tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

CAPÍTULO 6

MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Diseño del estudio

El diseño de la presente investigación es de tipo no experimental, transversal, correlacional y comparativo.

6.2 Población de estudio

Padres de niños de 0 meses hasta 12 años de edad, que presentan labio y paladar hendido y/o sus secuelas, que asistieron a la consulta de Ortopedia Prequirúrgica referidos por el servicio de Cirugía Plástica del Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad del Estado de Nuevo León, México.

6.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Padres que acepten participar en el estudio.

Criterios de no inclusión:

- Padres adoptivos u otros familiares.
- Niños que presenten LPH asociado a algún síndrome

Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas.

6.4 Ubicación espacial

Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad del Estado de Nuevo León, México.

6.5 Técnica muestral

Se empleó una muestra no probabilística de sujetos voluntarios, compuesta de padres y madres de niños con LPH elegidos por conveniencia.

6.6 Cálculo del tamaño de muestra

Se calcularon varios tamaños de muestra con apoyo del programa Epidat 3.1:

a) Con base en estimación de medias poblacionales:

- Para la H1a: $n=80$, con una desviación estándar esperada de 3.7, nivel de confianza de 95% y precisión de 0.8.
- Para la H1b: $n=74$, con una desviación estándar esperada de 3.5, nivel de confianza de 95% y precisión de 0.8.
- Para la hipótesis H2: $n=106$ con una desviación estándar de 4.2, nivel de confianza de 95% y precisión de 0.8.

b) Con base en comparación de medias independientes

- Para la hipótesis H3 en las madres: $n=60$ con una desviación estándar esperada de 4.28; en los padres: $n=60$ con una desviación estándar esperada de 4.69. Ambos resultados con alfa 0.05 y potencia de 0.80

Se obtuvieron 142 cuestionarios, 74 contestados por madres y 62 por padres.

6.7 Variables

6.7.1 Operacionalización de las variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	RANGO DE EVALUACIÓN
Severidad de Labio y/o Paladar Hendido	Malformación congénita de la cara con presencia de fisuras en labio, proceso alveolar y/o paladar.	Evaluación por observación clínica directa para corroborar diagnóstico de labio y paladar hendido.	Clasificación de Kernaham y Stark	No aplica	Categórica ordinal	Observación clínica	FISURA DE: 1: Paladar primario unilateral subtotal 2: Paladar primario unilateral total 3: Paladar primario mediano subtotal 4: Paladar primario mediano total 5: Paladar primario bilateral subtotal 6: Paladar primario bilateral total 7: Paladar secundario 8: Paladar primario y secundario unilateral subtotal 9: Paladar primario y secundario unilateral total 10: Paladar primario y secundario mediano subtotal 11: Paladar primario y secundario mediano total 12: Paladar primario y secundario bilateral subtotal 13: Paladar primario y secundario bilateral total

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	RANGO DE EVALUACIÓN
Nivel de ansiedad	Sentimiento emocional negativo que ocurre como respuesta ante una amenaza.	Frecuencia con la que los padres emplearon cada una de las opciones de respuesta del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).	Puntuación: 0-20: Nivel de ansiedad bajo 21-40: Nivel de ansiedad medio 41-60: Nivel de ansiedad alto	Subescala Ansiedad-Estado 20 ítems: AE1. Me siento calmado AE2. Me siento seguro AE3. Estoy tenso AE4. Estoy contrariado AE5. Me siento cómodo AE6. Me siento alterado AE7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras AE8. Me siento descansado AE9. Me siento angustiado AE10. Me siento comfortable AE11. Tengo confianza en mí mismo AE12. Me siento nervioso AE13. Estoy desasosegado AE14. Me siento muy "atado" (como oprimido) AE15. Estoy relajado AE16. Me siento satisfecho AE17. Estoy preocupado AE18. Me siento aturdido y sobreexcitado AE19. Me siento alegre AE20. En este momento me siento bien	Categórica ordinal	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): Subescala Ansiedad-Estado 20 ítems Subescala Ansiedad-Rasgo 20 ítems	Escala de Likert: 0: Nada 1: Algo 2: Bastante 3: Mucho Rango de evaluación: De 0 a 60 puntos
				Subescala Ansiedad-Rasgo 20 ítems: AR1. Me siento bien AR2. Me canso rápidamente AR3. Siento ganas de llorar AR4. Me gustaría ser tan feliz como otros. AR5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto AR6. Me siento descansado AR7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada AR8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas AR9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	Categórica ordinal	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): Subescala Ansiedad-Estado 20 ítems Subescala Ansiedad-Rasgo 20 ítems	Escala de Likert: 0: Casi nunca 1: A veces 2: A menudo 3: Casi siempre

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	RANGO DE EVALUACIÓN
				AR10. Soy feliz AR11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente AR12. Me falta confianza en mí mismo AR13. Me siento seguro AR14. No suelo afrontar AR15. Me siento triste (melancólico) AR16. Estoy satisfecho AR17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia AR18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos. AR19. Soy una persona estable. AR20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado			
Nivel de estrés	Respuesta adaptativa física y psicológica ante las demandas y amenazas del entorno.	Frecuencia con la que los padres emplearon cada una de las opciones de respuesta a la Escala de Estrés Percibido (PSS).	Puntuación: 0-18: Nivel de estrés bajo 19-37: Nivel de estrés medio 38-56: Nivel de estrés alto	14 ítems: E1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente? E2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida? E3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso (a) o estresado (a)? E4. ¿Con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida? E5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes? E6. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro (a) sobre su capacidad de manejar sus problemas personales? E7. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? E8. ¿Con qué frecuencia ha	Categoría ordinal	Escala de Estrés Percibido (SSP)	Escala de Likert: 0: Nunca 1: Pocas veces 2: A veces 3: Con frecuencia 4: Casi siempre Rango de evaluación: De 0 a 56 puntos

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	RANGO DE EVALUACIÓN
				<p>sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?</p> <p>E9. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?</p> <p>E10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que tiene el control de todo?</p> <p>E11. ¿Con qué frecuencia ha estado enojado (a) porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?</p> <p>E12. ¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que no ha terminado?</p> <p>E13. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo, de organizarse?</p> <p>E14. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?</p>			
Afrontamiento del estrés	Esfuerzos cognitivos y conductuales que lleva a cabo el individuo para manejar eventos disruptivos que limitan la habilidad de las personas para ajustarse.	Frecuencia con la que los padres emplearon cada una de las 42 formas de afrontamiento del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)	<p>Puntuación:</p> <p>0-6: Frecuencia baja</p> <p>7-18: Frecuencia intermedia</p> <p>19-24: Frecuencia alta</p>	<p>Subescala Búsqueda de Apoyo Social (BAS) 6 ítems:</p> <p>C6. Le conté a familiares y amigos cómo me sentía</p> <p>C13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar el problema</p> <p>C20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema</p> <p>C27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal</p> <p>C34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir</p> <p>C41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos</p>	Catagórica ordinal	Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), dividido en 7 subescalas	<p>Escala de Likert:</p> <p>0: Nunca</p> <p>1: Pocas veces</p> <p>2: A veces</p> <p>3: Con frecuencia</p> <p>4: Casi siempre</p> <p>Rango de evaluación: De 0 a 24 puntos</p>

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	RANGO DE EVALUACIÓN
				<p>Subescala Expresión Emocional Abierta (EEA) 6 ítems: C4. Descargué mi mal humor con los demás C11. Insulté a ciertas personas C18. Me comporté de forma hostil con los demás C25. Agredí a algunas personas C32. Me irrité con alguna gente C39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos</p> <p>Subescala Religión (RLG) 6 ítems: C7. Asistí a la iglesia C14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (padre, sacerdote, etc.) C21. Acudí a la iglesia para rogar que se solucionara el problema C28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación C35. Recé C42. Acudí a la iglesia para poner velas o rezar</p> <p>Subescala Focalizado en la Solución del Problema (FSP) 6 ítems: C1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente C8. Traté de solucionar el problema siguiendo pasos bien pensados C15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo C22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema C29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas C36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema</p> <p>Subescala Evitación (EVT) 6</p>			

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	RANGO DE EVALUACIÓN
				<p>ítems: C5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas C12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema C19. Salí al cine, a cenar, a “dar una vuelta”, etc., para olvidarme del problema C26. Procuré no pensar en el problema C33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema C40. Intenté olvidarme de todo</p> <p>Subescala Autofocalización Negativa (AFN) 6 ítems: C2. Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal C9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas C16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema C23. Me sentí indefenso e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación C30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema C37. Me resigné a aceptar las cosas como eran</p> <p>Subescala Reevaluación Positiva (REP) 6 ítems: C3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema C10. Intenté sacar algo positivo del problema C17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás C24. Comprendí que otras cosas, diferentes al problema, eran importantes para mí</p>			

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	RANGO DE EVALUACIÓN
				C31. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga” C38. Comprobé que después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor			

6.7.2 Variables de interés

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	RANGO DE EVALUACIÓN
Sexo del padre/madre	Condición orgánica masculina o femenina, de los individuos	Sexo del padre o la madre	Sexo	¿Es usted hombre o mujer?	Categórica nominal	Ficha de identificación	1: Femenino 2: Masculino
Edad del padre/madre	Tiempo que ha vivido un individuo	Años cumplidos al momento de la aplicación del cuestionario	Edad	¿Cuántos años tiene?	No categórica (discreta)	Ficha de identificación	18: 18 años 19: 19 años 20: 20 años ... 50: 50 años
Municipio de residencia	Nombre del municipio donde reside un individuo	Nombre del municipio del Estado de Nuevo León o de otro estado de la República donde habita regularmente el padre o la madre	Municipio	¿En qué municipio vive?	Categórica nominal	Ficha de identificación	1: Monterrey 2: San Nicolás 3: Guadalupe 4: Santa Catarina 5. Apodaca 6. San Pedro 7. Escobedo 8: Villa de García 9: Villa Juárez 10: Santiago 11: Ciénega de Flores 12: Cadereyta 13: Linares 14: Galeana 15: Dr González 16: Montemorelos 17: Pesquería 18: Allende

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	RANGO DE EVALUACIÓN
							19: Hidalgo
Estado civil	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo	Condición de relación de pareja	Estado civil	¿Cuál es su estado civil?	Catagórica nominal	Ficha de identificación	1: Soltero 2: Casado 3: Divorciado 4: Separado 5: Viudo 6: Unión libre
Ocupación	Actividad laboral que realiza un individuo	Actividad que realiza el individuo dentro de la sociedad	Ocupación	¿A qué se dedica?	Catagórica nominal	Ficha de identificación	1: Ama de casa 2: Empleado de fábrica 3: Empleado de oficina 4: Taxista 5: Desempleado 6: Jubilado 7: Campesino 8: Obrero 9: Albañil 10: Maestro 11: Profesionista 12: Otro
Número de hijos	Cantidad de hijos procreados	Cantidad de hijos nacidos antes o después del nacimiento del niño con LPH		¿Cuántos hijos tiene?	No catagórica (discreta)	Ficha de identificación	1: Uno 2: Dos 3: Tres 4: Cuatro 5: Cinco o más
Orden de nacimiento del niño con LPH	Orden de nacimiento del niño con LPH en la familia	Orden de nacimiento del niño con LPH en la familia		Si tiene usted varios hijos, por orden de nacimiento, su hijo con LPH, ¿qué lugar ocupa?	Catagórica ordinal	Ficha de identificación	1: El primer hijo 2: El segundo hijo 3: El tercer hijo 4: El cuarto hijo 5: El quinto hijo 6: Otro
Antecedentes familiares de LPH	Personas relacionadas de manera consanguínea que hayan padecido la anomalía congénita LPH	Familiares directos que hayan nacido con LPH, por parte de la madre, el padre o ambos		¿Tiene usted algún familiar que haya presentado labio y paladar hendido?	Catagórica nominal	Ficha de identificación	1: Sí 2: No
Antecedentes familiares confirmados con LPH	Personas relacionadas de manera consanguínea que	Familiares directos que hayan nacido con LPH, por parte de la madre, el		¿Qué familiar?	Catagórica nominal	Ficha de identificación	1: Madre 2: Padre 3: Primo 4: Sobrino

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	RANGO DE EVALUACIÓN
	hayan padecido la anomalía congénita LPH	padre o ambos					5: Tío 6: Abuelo 7: Hermano 8: Otro
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	Tiempo que lleva la madre o el padre de tener conocimiento sobre la malformación congénita	Tiempo que lleva la madre o el padre de tener conocimiento sobre la malformación congénita		¿Cuándo se enteró de que su hijo presentaba labio y paladar hendido?	No categórica (discreta)	Ficha de identificación	1: Menos de 23 meses 2: 2 años 3: 3 años 4: 4 años ...

6.7.2 Variables de control

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	RANGO DE EVALUACIÓN
Evento catastrófico de pérdida familiar	Evento que altera la estabilidad emocional relacionado con una pérdida familiar	Evento que altera la estabilidad emocional relacionado con una pérdida familiar		Durante los últimos 6 meses, ¿ha sufrido la pérdida de un ser querido?	Categórica nominal	Ficha de datos generales	1: Sí 2: No
Evento catastrófico de pérdida patrimonial	Evento que altera la estabilidad emocional relacionado con una pérdida patrimonial	Evento que altera la estabilidad emocional relacionado con una pérdida patrimonial		Durante los últimos 6 meses, ¿ha sufrido la pérdida de alguna propiedad (casa, pertenencia, negocio, etc.)?	Categórica nominal	Ficha de datos generales	1: Sí 2: No
Evento catastrófico de problema laboral	Evento que altera la estabilidad emocional relacionado con un problema laboral	Evento que altera la estabilidad emocional relacionado con un problema laboral		Durante los últimos 6 meses, ¿ha sufrido algún problema grave relacionado con su trabajo?	Categórica nominal	Ficha de datos generales	1: Sí 2: No
Evento catastrófico de problema familiar	Evento que altera la estabilidad emocional relacionado con un problema familiar	Evento que altera la estabilidad emocional relacionado con un problema familiar		Durante los últimos 6 meses, ¿ha sufrido algún problema familiar grave?	Categórica nominal	Ficha de datos generales	1: Sí 2: No
Evento catastrófico de violencia intrafamiliar	Evento que altera la estabilidad emocional relacionado con algún tipo de violencia intrafamiliar	Evento que altera la estabilidad emocional relacionado con algún tipo de violencia intrafamiliar		Durante los últimos 6 meses, ¿ha sufrido violencia en casa?	Categórica nominal	Ficha de datos generales	1: Sí 2: No

6.8 Instrumentos de medición

A continuación se describirán los instrumentos que se aplicaron para la recolección de los datos estadísticos:

6.8.1 Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

Es un cuestionario que consta de 40 ítems divididos en 2 subescalas:

- Ansiedad-Estado (A-E) 20 ítems
- Ansiedad-Rasgo (A-R) 20 ítems

Las opciones de respuesta son:

Ansiedad-Estado (A-E): 0 (nada), 1 (algo), 2 (bastante) y 3 (mucho).

Ansiedad-Rasgo (A-R): 0 (casi nunca), 1 (a veces), 2 (a menudo) y 3 (casi siempre).

La puntuación total puede variar de 0 a 60 puntos, puntuaciones altas indican altos niveles de ansiedad.

Puntuación	Nivel de ansiedad
0 - 20	Bajo
21 - 40	Medio
41 - 60	Alto

Fuente de información:

STAI, (Castrillón, 2005)

6.8.2 Escala de Estrés Percibido (PSS):

Es un cuestionario que consta de 14 ítems.

Las opciones de respuesta son: 0 (nunca), 1 (pocas veces), 2 (a veces) 3 (con frecuencia), 4 (casi siempre).

La puntuación total puede variar de 0 a 56 puntos, puntuaciones altas indican altos niveles de estrés.

Puntuación	Nivel de estrés
0 - 18	Bajo
19 - 37	Medio
38 - 56	Alto

Fuente de información:

PSS, (Campo-Arias, 2009).

6.8.3 Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

Es un cuestionario que consta de 42 ítems divididos en 7 subescalas:

- Búsqueda de apoyo social (BAS) 6 ítems
- Expresión emocional abierta (EEA) 6 ítems
- Religión (RLG) 6 ítems
- Focalizado en la solución del problema (FSP) 6 ítems
- Evitación (EVT) 6 ítems
- Autofocalización negativa (AFN) 6 ítems
- Reevaluación positiva (REP) 6 ítems

Las opciones de respuesta son: 0 (nunca), 1 (pocas veces), 2 (a veces) 3 (frecuentemente), 4 (casi siempre). Para cada subescala de acuerdo a la puntuación obtenida, se podrá clasificar en:

Puntuación	Frecuencia de uso
0 - 6	Baja
7 - 18	Intermedia
19 - 24	Alta

Fuente de información:
CAE (Sandín y Chorot, 2003).

6.9 Procedimientos

Una vez realizada la documentación y elaborado el marco de referencia, se eligieron los instrumentos, integrados en un cuestionario mismo que contenía otras variables de interés, y de acuerdo al tamaño muestral, se aplicó a padres y madres de niños con LPH y/o sus secuelas, elegidos por conveniencia de acuerdo a su remisión a la consulta de Ortopedia Dentomaxilar, referidos por el área de Cirugía Plástica del Hospital de Alta Especialidad Materno Infantil del Estado de Nuevo León.

Se les informó a los padres sobre la confidencialidad de los datos aportados y tras firmar el consentimiento informado se les entregó el cuestionario para ser respondido.

Una vez obtenidos los cuestionarios, se vaciaron en la computadora para crear la base de datos.

6.10 Plan de análisis

El análisis de los datos se efectuó mediante estadística descriptiva e inferencial, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 19.0.

1. Tablas de frecuencias para representar la distribución de las variables.
2. Media, desviación estándar de la media, valores mínimo y máximo, asimetría y su error estándar, así como curtosis y su error estándar para describir la distribución de las variables numéricas.
3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para contrastar el ajuste a una curva normal.
4. La T de Student para datos emparejados a fin de contrastar la diferencia de medias entre madre y padre con estrés y las siete estrategias de afrontamiento.
5. Correlación para estimar la asociación de variables numéricas, ejecutándose los cálculos por separado en la muestra de madres y en la muestra de padres. En la muestra conjunta de madres y padres también se estiman las correlaciones de las estrategias de afrontamiento con la puntuación total en la escala de estrés percibido.

6.11 Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo con apego al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud y se ajustó a las Normas Institucionales en Materia de Investigación Científica. Una vez obtenido el consentimiento informado, los datos obtenidos se manejaron de forma confidencial.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

7.1 Descripción general de la población

El total de la muestra fue de 142 padres, 56.3% del sexo femenino y 43.7% del sexo masculino, la media de edad fue de 30.3 ± 8.9 años, el 51.4% casados, el 39.4% vivían en unión libre y el resto reportaron otro estado civil. El 21.1 % procedían del municipio de Monterrey, seguido del 18.3 % de Guadalupe, 12.7% de Apodaca, el 9.9% de Escobedo y el resto de otros municipios del área metropolitana. En cuanto a la ocupación, el 46.5% eran amas de casa, seguido por empleados de fábrica, obreros y albañiles, y otros sin especificar.

El 30.3% reportaron tener sólo un hijo, y otro 30.3% tenían tres hijos, seguido por el 28.2% con sólo dos hijos, el 10.6 con cuatro hijos y sólo el 0.7% mostró tener cinco hijos o más.

En relación al diagnóstico de LPH, el 50.7% respondieron que su hijo presentaba fisura de paladar primario y secundario unilateral total, el 31.7% primario y secundario bilateral total, el 9.9% únicamente paladar secundario, el 6.3% paladar primario unilateral subtotal y sólo el 1.4% paladar primario bilateral subtotal.

Con respecto a la fase pre o posquirúrgica, el 70.4% ya presentaban la queiloplastía realizada, mientras que el 29.6% aún no.

El 73.9% de los padres mencionaron tener al menos un familiar con antecedentes de LPH, siendo en dos casos, el padre y la madre de dos niños diferentes, ellos mismos quienes presentaron secuelas de LPH.

Sólo el 27.5% de los padres tuvieron conocimiento del diagnóstico de LPH antes del nacimiento.

7.2 Niveles de ansiedad y estrés

El nivel de ansiedad – estado observado, con un alfa de Cronbach de 0.90, se encontró en un nivel bajo, es decir, dentro de una puntuación total de 0 a 20 puntos, contrario a lo que se esperaba, a diferencia del nivel de ansiedad – rasgo, con un alfa de Cronbach de 0.81, que también se encontró en un nivel bajo, tal como se esperaba (Tabla I). Puntuaciones de 21 a 40 puntos se consideran de un nivel medio y puntuaciones de 41 a 60 puntos son de nivel alto.

Tabla I. Niveles de ansiedad.

	Valor observado			Valor esperado	p
	Media	D.E.	IC 95%		
Ansiedad – Estado	16.0	9.4	14.4, 17.5	>30	0.001*
Ansiedad – Rasgo	18.9	8.9	17.4, 20.3	<21	0.143

Fuente: Base de datos

* p < 0.05

n= 142

El nivel de estrés observado, con un alfa de Cronbach de 0.70, se encontró dentro del nivel medio, considerado entre 19 y 37 puntos, es decir mayor de 18 puntos, tal como se esperaba (Tabla II).

Tabla II. Nivel de estrés.

	Valor observado			Valor esperado	p
	Media	D.E.	IC 95%		
Estrés	20.1	7.1	18.9, 21.2	>18	0.067

Fuente: Base de datos

* p < 0.05

n= 142

7.3 Estrategias de afrontamiento dominantes

En relación estrategias de afrontamiento, el CAE mostró un alfa de Cronbach de 0.85 y la focalización en la solución del problema (FSP) fue la utilizada con mayor frecuencia (Tabla III), con un puntaje promedio de 16.4, es decir, mayor de 15 puntos, tal como se esperaba (Tabla IV). Puntuaciones entre 0 y 6 reflejan un empleo de la estrategia de baja frecuencia, entre 7 y 18 de frecuencia intermedia, y entre 19 y 24 de alta frecuencia. Después de la focalización en la solución del problema (FSP), las estrategias más utilizadas fueron la reevaluación positiva (REP) y la religión (RLG).

Tabla III. Distribución de medias de acuerdo a las estrategias de afrontamiento.

	Media	D.E.
Búsqueda de Apoyo Social	9.8	6.5
Expresión Emocional Abierta de Agresividad	4.4	3.9
Religión	12.2	6.3
Focalización en la Solución del Problema	16.4	4.9
Evitación	4.2	3.8
Autofocalización Negativa	6.4	4.0
Reevaluación Positiva	13.1	4.6

Fuente: Base de datos
n=142

Tabla IV. Promedio de utilización de la estrategia focalización en la solución del problema.

	Valor observado			Valor esperado	p
	Media	D.E.	IC 95%		
FSP	16.4	4.9	15.5, 17.2 ^b	> 15	0.332

Fuente: Base de datos
* p < 0.05
n = 142

7.4. Distribución por sexo

Las diferencias significativas se encontraron en los niveles de ansiedad – rasgo, estrés, expresión emocional abierta de agresividad, evitación, autofocalización negativa y reevaluación positiva, teniendo mayor puntaje en el sexo femenino (Tabla V).

Tabla V. Diferencia de medias en ansiedad, estrés y afrontamiento, de acuerdo al sexo de los padres.

	Sexo padre	Media	D.E.	p
Ansiedad - Estado	Madres	17.1	10.7	0.103
	Padres	14.5	7.4	
Ansiedad - Rasgo	Madres	20.8	9.6	0.005*
	Padres	16.5	7.5	
Estrés	Madres	21.7	7.3	0.002*
	Padres	17.9	6.4	
BAS	Madres	9.6	6.4	0.647
	Padres	10.1	6.6	
EEA	Madres	5.1	4.0	0.016*
	Padres	3.5	3.6	
RLG	Madres	12.4	6.1	0.695
	Padres	12.0	6.5	
FSP	Madres	16.3	4.8	0.875
	Padres	16.4	5.1	
EVT	Madres	4.8	4.0	0.025*
	Padres	3.3	3.4	
AFN	Madres	7.2	4.1	0.010*
	Padres	5.4	3.7	
REP	Madres	13.9	4.6	0.021*
	Padres	12.1	4.5	

Fuente: Base de datos

* p < 0.05

n = 142

También se dividió la muestra, de acuerdo al sexo del niño, para distinguir alguna diferencia significativa, la cual se encontró únicamente en la estrategia de afrontamiento religión, siendo mayor el puntaje en los padres que presentaron una hija (Tabla VI).

Tabla VI. Diferencia de medias en ansiedad, estrés y afrontamiento, de acuerdo al sexo del niño.

	Sexo niño	Media	D.E.	p
Ansiedad - Estado	Niña	16.4	9.8	0.702
	Niño	15.7	9.3	
Ansiedad - Rasgo	Niña	17.5	8.9	0.144
	Niño	19.8	8.9	
Estrés	Niña	20.4	6.4	0.657
	Niño	19.8	7.6	
BAS	Niña	10	6.2	0.735
	Niño	9.7	6.7	
EEA	Niña	4	3.7	0.402
	Niño	4.6	4.1	
RLG	Niña	13.8	6.1	0.015*
	Niño	11.2	6.2	
FSP	Niña	16.5	5	0.729
	Niño	16.2	4.9	
EVT	Niña	3.5	3.9	0.124
	Niño	4.6	3.7	
AFN	Niña	6.3	4.5	0.805
	Niño	6.5	3.6	
REP	Niña	12.4	4.6	0.145
	Niño	13.6	4.6	

Fuente: Base de datos

* p < 0.05

n = 142

7.5 Otras variables de interés

En relación a otras variables de interés, se buscó alguna diferencia de acuerdo a los niños a quienes ya se les había realizado la queiloplastía, en comparación con aquellos a los que no se había realizado dicho procedimiento quirúrgico, sin encontrar alguna diferencia significativa (Tabla VII).

Tabla VII. Diferencia de medias de acuerdo a la queiloplastía.

	Queiloplastía	Media	D.E.	p
Ansiedad - Estado	Realizada	15.1	9.2	0.115
	No realizada	17.9	9.9	
Ansiedad - Rasgo	Realizada	18.8	8.7	0.773
	No realizada	19.2	9.5	
Estrés	Realizada	20.4	6.9	0.362
	No realizada	19.2	7.6	
BAS	Realizada	9.5	6.3	0.433
	No realizada	10.5	6.9	
EEA	Realizada	4.5	3.4	0.667
	No realizada	4.2	4.9	
RLG	Realizada	12.7	6.6	0.119
	No realizada	10.9	5.2	
FSP	Realizada	16.6	4.9	0.319
	No realizada	15.7	5.1	
EVT	Realizada	4.0	3.7	0.406
	No realizada	4.6	4.1	
AFN	Realizada	6.3	3.8	0.576
	No realizada	6.7	4.4	
REP	Realizada	13.3	4.6	0.629
	No realizada	12.8	4.8	

Fuente: Base de datos

* p < 0.05

n = 142

Otra variable fue el contar o no con antecedentes de LPH en algún miembro de la familia, ya sea por parte de la madre o el padre, encontrando diferencia significativa en los niveles de ansiedad – estado, ansiedad – rasgo, siendo mayores en quienes presentaban antecedentes y en la estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo social (BAS), siendo mayor en quienes no presentaban antecedentes (Tabla VIII).

Tabla VIII. Diferencia de medias de acuerdo a antecedentes familiares de LPH.

	Antecedentes LPH	Media	D.E.	p
Ansiedad - Estado	Con antecedentes	19.6	10.1	0.008*
	Sin antecedentes	14.7	8.9	
Ansiedad - Rasgo	Con antecedentes	22.8	9.6	0.002*
	Sin antecedentes	17.5	8.3	
Estrés	Con antecedentes	21.2	7.2	0.245
	Sin antecedentes	19.6	7.1	
BAS	Con antecedentes	8.0	6.3	0.043*
	Sin antecedentes	10.5	6.4	
EEA	Con antecedentes	4.7	4.4	0.570
	Sin antecedentes	4.3	3.7	
RLG	Con antecedentes	12.8	5.2	0.535
	Sin antecedentes	12.0	6.6	
FSP	Con antecedentes	16.1	4.3	0.700
	Sin antecedentes	16.5	5.2	
EVT	Con antecedentes	5.2	4.3	0.062
	Sin antecedentes	3.8	3.6	
AFN	Con antecedentes	7.2	4.7	0.136
	Sin antecedentes	6.1	3.7	
REP	Con antecedentes	12.1	4.7	0.117
	Sin antecedentes	13.5	4.6	

Fuente: Base de datos

* $p < 0.05$

n = 142

7.6 Correlación con variables de interés

En la muestra conjunta de padres y madres, se observó que existe una correlación positiva entre la edad del niño y del padre en relación a las estrategias de afrontamiento religión y focalización del problema. Los niveles de estrés y ansiedad, así como el resto de las estrategias de afrontamiento no mostraron ninguna correlación (Tabla IX).

Tabla IX. Correlación de los niveles de ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento con variables de interés.

		Edad hijo	Edad padre/madre
Afrontamiento	RLG	0.31	0.34
	FSP	0.19	0.29

Fuente: Base de datos
p < 0.05
n = 142

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Actualmente existe inconsistencia entre los estudios que reportan la naturaleza y frecuencia de las dificultades experimentadas en los niños con LPH y la adaptación de sus padres (Berger & Dalton, 2011) considerándose un gran número de factores influyentes. Algunos estudios mencionan que las madres de niños con defectos congénitos cráneo-faciales, incluyendo LPH, experimentan gran estrés (Speltz et al, 1993), mientras que otros (Kramer et al., 2007) sugieren que tiene poco impacto en la calidad de vida de los padres.

El presente estudio explora la naturaleza de la adaptación psicológica en un grupo de 142 padres con hijos con LPH.

Los resultados muestran niveles de ansiedad-estado bajos, lo cual coincide con lo reportado por Berger & Dalton (2009), quienes encontraron altos puntajes en la Escala General de Bienestar en una muestra de padres de niños con LPH, que no demostró diferencias significativas en comparación con la población normal. Aún cuando no se utilizó el mismo instrumento, nos indica que las madres se sienten bien consigo mismas y con la situación actual de su hijo con LPH.

De igual manera, Baker y cols., encontraron hallazgos de un cierto número de impactos en la familia, sin embargo los puntajes no fueron tan altos (Baker et al., 2009), aunado a los niveles relativamente bajos de ansiedad psicológica, de acuerdo con la literatura cráneo-facial reciente (Kramer et al, 2007).

En relación al nivel de estrés, que es este estudio se encontró con puntaje medio, contrasta con los puntajes elevados del estudio de Moral de la

Rubia y Martínez, por arriba de 25 puntos, donde se utilizaron los mismos instrumentos para evaluar el estrés y las estrategias de afrontamiento, salvo que la diferencia es que ellos estudiaron la reacción de los padres ante el diagnóstico de cáncer en un hijo (Moral de la Rubia & Martínez, 2009), situación que amenaza la vida del niño, y por lo tanto causa un mayor impacto.

Por otro lado, en cuanto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas, coincide también con Moral de la Rubia y Martínez, donde la estrategia de afrontamiento más frecuente fue la focalización en la solución del problema, pero seguida de la religión y la reevaluación positiva (Moral de la Rubia & Martínez, 2009), mismas que mostraron diferencias significativas en cuanto a la división por sexo, en dichas estrategias, así como en la búsqueda de apoyo social, siendo el puntaje mayor también en las madres.

En lo reportado por Berger y Dalton, el instrumento COPE abreviado identificó como estrategias de afrontamiento más utilizadas: la aceptación, el afrontamiento activo y la planeación (Berger & Dalton, 2009), encontraron poca evidencia de dificultades psicosociales tanto en los adolescentes con LPH como en sus madres. Destacan la importancia de estudiar tanto a los niños como a los padres sobre la naturaleza del impacto de los problemas experimentados y sobre cómo ayudarlos a expresar y negociar sus diferencias de opinión exitosamente. En un estudio posterior, estos mismos autores, mencionan que las estrategias de afrontamiento son importantes para predecir la adaptación social (Berger & Dalton, 2011).

Baker y cols. encontraron altos niveles de soporte social, distribuido en tres tipos: apoyo tangible (disponibilidad de recursos económicos y servicios), apoyo de apreciación (disponibilidad de un confidente) y apoyo de pertenencia (disponibilidad de alguien con quien socializar). En relación a las estrategias de afrontamiento reportadas por los padres coinciden con los resultados del presente estudio, ya que fueron las orientadas al enfoque del problema

(búsqueda de apoyo, solución del problema, análisis lógico, enfoque positivo) (Baker et al., 2009).

En España, Limiñana y cols. utilizaron la adaptación del Ways of Coping Questionnaire (WOC) para identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas en padres de niños con LPH, encontrando diferencias significativas en sentido positivo de las estrategias búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva (Limiñana et al., 2007), lo cual también coincide con los hallazgos encontrados en esta muestra de padres mexicanos.

8.1 Limitaciones del estudio

A pesar de que este estudio tiene la fortaleza de contar con un buen número de participantes, y de que la muestra entre padres y madres es homogénea, debido al diseño del mismo, ya que varios estudios mencionan la dificultad de reclutar a los padres del sexo masculino, tiene la limitante de ser un grupo poblacional de proveniente de un solo hospital, que si bien es de concentración, presenta un nivel socioeconómico homogéneo y a un grupo étnico particular.

CAPÍTULO 9

CONCLUSIONES

El nivel de ansiedad - estado fue inferior a lo esperado de 30 puntos, presentando un nivel *bajo-medio* y la ansiedad - rasgo, sí resulto como se esperaba, inferior a 21 puntos, presentando un nivel *bajo*.

El nivel de estrés fue superior al esperado, presentando un nivel *medio*.

Tanto en las madres como en los padres, la estrategia de afrontamiento de focalización en la solución del problema fue superior a 15 puntos, presentando un nivel *medio*.

Las madres presentan niveles más altos de ansiedad – rasgo y estrés, así como puntajes mayores de las estrategias de afrontamiento expresión emocional abierta de agresividad, evitación, autofocalización negativa y reevaluación positiva.

La única diferencia en relación al sexo del niño, se encontró en la utilización de la estrategia de afrontamiento religión, siendo mayor si el hijo es de sexo femenino.

No hubo diferencias significativas entre los niños a los que ya se les había realizado la queiloplastía y los que no.

Los padres que presentaban antecedentes familiares de LPH mostraron mayor ansiedad – estado y ansiedad – rasgo, así como menor búsqueda de apoyo social.

La edad de los padres y la edad del niño son directamente proporcionales a la utilización de las estrategias de afrontamiento religión y focalización en la solución del problema.

9.1 Recomendaciones

Se sugiere el proveer de talleres, grupos o terapias enfocadas a mejorar las habilidades sociales y las estrategias de afrontamiento positivas efectivas. Estas intervenciones pueden reducir la ansiedad e incrementar la confianza.

Si las estrategias de afrontamiento positivas de los padres encuentran resonancia en los servicios médicos y en los profesionistas implicados, podrán constituir un verdadero factor de protección y resistencia para afrontar las demandas internas y externas relacionadas con la situación de su hijo.

REFERENCIAS

- Andrade, A., Coronado, J., Sánchez, M. C., & Pérez, M. (2010). Aspecto psicológico en los padres de recién nacidos y lactantes menores con labio fisurado y/o paladar hendido. *Acta Odontológica Venezolana* , 1-11.
- Baker, S., Owens, J., Stern, M., & Willmot, D. (2009). Coping Strategies and Social Support in the Family Impact of Cleft Lip and Palate and Parents' Adjustment and Psychological Distress. *Cleft Palate-Craniofacial Journal* , 46 (3), 229-236.
- Berger, Z., & Dalton, L. (2011). Coping With a Cleft II: Factors Associated With Psychosocial Adjustment of Adolescents With a Cleft Lip and Palate and Their Parents. *Cleft Palate-Craniofacial Journal* , 48 (1), 82-90.
- Berger, Z., & Dalton, L. (2009). Coping With a Cleft: Psychosocial Adjustment of Adolescents With a Cleft Lip and Palate and their Parents. *Cleft Palate-Craniofacial Journal* , 46 (4), 435-443.
- Brain, C. (2002). *Advanced Psychology: Applications, issues and perspectives*. United Kingdom: Nelson Thornes.
- Cáceres, R. A. (2004). Incorporación de la atención psicológica a una patología AUGE: fisuras labiopalatinas. *Terapia psicológica* , 185-191.
- Campo-Arias, A. B.-L.-C. (2009). *Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia* (Vol. 9). Chía, Colombia: Aquichan.
- Castrillón, M. B. (2005). Validación del Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta Colombiana de Psicología* , 79-90.
- González, M., & Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* , 189-198.
- González, M., & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology* , 10 (1), 199-206.
- González, M., Téllez, M., Canchano, F., Rojas, Y., & Trujillo, I. (2011). Calidad de vida y salud oral en una población colombiana con labio y/o paladar hendido. *Univ Odontol* , 73-82.
- Gómez, R. (2008). Incidencia de labio y paladar hendido en México: 2003-2006. *Revista ADM* , 309-313.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2010). *Metodología de la investigación*. Perú: Mc Graw Hill.

- Hsieh, YT., Chao YM., Shiao SS. (2013). A qualitative study of psychosocial factors affecting expecting mother who choose to continue a cleft lip and/or palate pregnancy to term. *Journal of Nursing Research*, 1-9.
- Kapp-Simon, K. (2004). Psychological issues in cleft lip and palate. *Clin Plastic Surg* (31), 347-352.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Limiñana Gras, R.M., Corbalán Berna, J. & Patró Hernández, R.(2007). Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina. *Anales de Psicología*, Vol. 23. España: Universidad de Murcia. pp. 201-206. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx> Acceso a la pág. noviembre 2011.
- Mimura, C., & Griffiths, P. (2008). A Japanese version of the Perceived Stress Scale: cross-cultural translation and equivalence assessment. *Bio Med Central Psychiatry* , 8:85.
- Moral de la Rubia, J., & Martínez, R. J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y salud* , 189-196.
- Padrón-García, A. L., Achirica-Uvalle, M., & Collado-Ortiz, M. Á. (2006). Caracterización de una población pediátrica con labio y paladar hendidos. *Cir Ciruj* , 159-166.
- Ruano, P., & Serra, E. (2000). Estrategias de afrontamiento en familias con hijos adolescentes. *Anales de psicología* , 199-206.
- Sacsquispe, S., & Luz, O. (2004). Prevalencia de labio y/o paladar hendido. *Rev Estomatol Herediana* , 54-58.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica* , 39-53.
- Trigos, I., Guzmán, E., & Figueroa, L. (2003). Análisis de la incidencia, prevalencia y atención del labio y paladar hendido en México. *Cirugía plástica* , 35-39.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Calle, L. A., Naranjo, M., & Osorio, J. (2008). Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido. *Pensamiento psicológico* , 123-135.
- Zavala, L., Rivas, R., Andrade, P., & Reidl, L. (2007). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* , 159-181.

ANEXOS

A. CUESTIONARIO Y ESCALAS



Folio _____

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN

IMPORTANTE: Los datos que usted aporte a este cuestionario se utilizarán únicamente con fines de investigación y por ningún motivo se revelarán datos personales ni la identidad del participante.

INSTRUCCIONES: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las situaciones y **pensar en la situación actual de su hijo (a) con LPH**. Recuerde en qué medida la ha utilizado y coloque una "X", en la casilla que mejor describa su forma de pensar o comportarse.

	Nunca	Pocas veces	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
C1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
C2. Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
C3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
C4. Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
C5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
C6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
C7. Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
C8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
C9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
C10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
C11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
C12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4

C13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
C14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
C15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
C16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
C17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
C18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
C19. Salí al cine, a cenar, a "dar una vuelta", etc. para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
C20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
C21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionara el problema	0	1	2	3	4
C22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
C23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
C24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran más importantes para mí	0	1	2	3	4
C25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
C26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
C27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
C28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
C29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
C30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
C31. Experimenté personalmente eso de que "no hay mal que por bien no venga"	0	1	2	3	4
C32. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
C33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
C34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
C35. Recé	0	1	2	3	4
C36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
C37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
C38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
C39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
C40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
C41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
C42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

Ahora, pensando en el **último mes**, usted...

	Nunca	Pocas veces	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
E1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
E2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	0	1	2	3	4
E3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso/a, o estresado/a?	0	1	2	3	4
E4. ¿Con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
E5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes?	0	1	2	3	4
E6. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro/a sobre su capacidad de manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
E7. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
E8. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
E9. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
E10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que tiene el control de todo?	0	1	2	3	4
E11. ¿Con qué frecuencia ha estado enojado/a porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
E12. ¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que no ha terminado?	0	1	2	3	4
E13. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo, de organizarse?	0	1	2	3	4
E14. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted **AHORA MISMO, EN ESTE MOMENTO**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
AE1. Me siento calmado	0	1	2	3
AE2. Me siento seguro	0	1	2	3
AE3. Estoy tenso	0	1	2	3
AE4. Estoy contrariado	0	1	2	3
AE5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
AE6. Me siento alterado	0	1	2	3
AE7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
AE8. Me siento descansado	0	1	2	3
AE9. Me siento angustiado	0	1	2	3
AE10. Me siento confortable	0	1	2	3
AE11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
AE12. Me siento nervioso	0	1	2	3
AE13. Estoy desasosegado (intranquilo, inquieto)	0	1	2	3
AE14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
AE15. Estoy relajado	0	1	2	3
AE16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
AE17. Estoy preocupado	0	1	2	3
AE18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
AE19. Me siento alegre	0	1	2	3
AE20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

Ahora encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **CÓMO SE SIENTE USTED EN GENERAL, EN LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
AR1. Me siento bien	0	1	2	3
AR2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
AR3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
AR4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
AR5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
AR6. Me siento descansado	0	1	2	3
AR7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
AR8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
AR9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
AR10. Soy feliz	0	1	2	3
AR11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
AR12. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
AR13. Me siento seguro	0	1	2	3
AR14. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
AR15. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
AR16. Estoy satisfecho	0	1	2	3
AR17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
AR18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
AR19. Soy una persona estable	0	1	2	3
AR20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Ahora por favor conteste los siguientes datos, **RECUERDE QUE SON CONFIDENCIALES Y QUE NO SE REVELARÁ LA IDENTIDAD DE LOS PARTICIPANTES.**

IDENTIFICACIÓN

11. Nombre completo:		
12. Sexo:	Femenino ()	Masculino ()
13. Edad:		
14. Dirección:	Calle:	
	Número:	
	Colonia:	
15. Municipio:		
16. Estado:		
17. Teléfono:		
18. Lugar de nacimiento:		
19. Estado civil:	Soltero/a ()	Separado/a ()
	Casado/a ()	Viudo/a ()
	Divorciado/a ()	Unión libre ()
	Otro ()	
110. Ocupación:	Ama de casa ()	Campesino ()
	Empleado/a de fábrica ()	Obrero ()
	Empleado de oficina ()	Albañil ()
	Taxista ()	Maestro ()
	Desempleado ()	Profesionista ()
		Jubilado/a ()
		Otro ()

DATOS GENERALES

D1. ¿Cuántos hijos tiene?	1 ()
	2 ()
	3 ()
	4 ()
	5 o más ()
D2. Si tiene varios hijos, por orden de nacimiento, su hijo (a) con labio y paladar hendido, ¿qué lugar ocupa?	El primer hijo/a ()
	El segundo hijo/a ()
	El tercer hijo/a ()
	El cuarto hijo/a ()
	El quinto hijo/a ()
	Otro/a ()
D3. ¿Qué edad tiene su hijo (a) con labio y paladar hendido?	Si es recién nacido, ¿cuántos días? _____ días
	Si es bebé, ¿cuántos meses? _____ meses

	Si es niño/a, ¿cuántos años? _____ años
D4. Su hijo (a) con labio y paladar hendido es:	Niña () Niño ()
D5. ¿Ya le realizaron la cirugía del labio?	Sí () No ()
D6. Su hijo (a) presenta:	Sólo el labio hendido del lado derecho () Sólo el labio hendido del lado izquierdo () Labio y paladar hendido del lado derecho () Labio y paladar hendido del lado izquierdo () Labio y paladar hendido de los dos lados () Sólo el paladar hendido, el labio no ()
D7. ¿Tiene usted o su esposo(a) algún familiar (tío, abuelo, primo, sobrino, etc.), que haya presentado labio y paladar hendido?	Sí () No ()
D8. En caso de responder que sí, ¿qué familiar?	Madre () Padre () Primo/a () Sobrino/a () Tío/a () Abuelo/a () Hermano/a () Otro ()
D9. ¿Cuándo se enteró de que su hijo presentaba labio y paladar hendido?	Durante el embarazo () Al nacer () Días o meses después del nacimiento ()
D10. Durante los últimos 6 meses, ¿ha sufrido usted la pérdida de algún ser querido?	Sí () No ()
D11. Durante los últimos 6 meses, ¿ha sufrido usted la pérdida de alguna propiedad (casa, automóvil, negocio, etc.)?	Sí () No ()
D12. Durante los últimos 6 meses, ¿ha sufrido usted algún problema grave relacionado con su trabajo?	Sí () No ()
D13. Durante los últimos 6 meses, ¿ha sufrido usted algún problema familiar grave?	Sí () No ()
D14. Durante los últimos 6 meses, ¿ha sufrido usted de violencia en casa?	Sí () No ()

Ahora, en relación a su hogar, o el lugar en donde vive actualmente, conteste lo siguiente:

NS1. ¿Cuántos focos tiene la vivienda?	No tiene () De 0 a 5 () De 6 a 10 () De 11 a 15 () De 16 a 20 () Más de 21 ()
NS2. ¿Cuántas televisiones a color tiene?	0 () 1 () 2 () 3 () 4 o más ()
NS3. ¿Hasta que año estudió el jefe de la familia (ya sea hombre o mujer, o madre soltera)?	No tiene estudios () Primaria () Secundaria () Preparatoria o carrera técnica () Licenciatura () Posgrado ()
NS4. ¿Tiene usted automóvil?	No () Sí, 1 () Sí, 2 () Sí, 3 ó más ()
NS5. ¿De qué material es el piso de la vivienda?	Tierra o cemento () Piso cerámico () Duela () Otro ()
NS6. ¿Tiene DVD?	No () Sí, 1 () Sí, 2 o más ()
NS7. ¿Tiene microondas?	Sí () No ()
NS8. ¿Cuántos baños tiene su vivienda?	No hay baño () Sí, 1 () Sí, 2 () Sí, 3 () Sí, 4 o más ()
NS9. ¿Tiene computadora?	No () Sí, 1 () Sí, 2 o más ()
NS10. ¿Tiene regadera?	Sí () No ()
NS11. ¿Tiene estufa?	Sí () No ()
NS12. ¿Cuenta con servicio doméstico (personal que le ayude con el aseo de su vivienda)?	Sí () No ()
NS13. ¿Cuántos cuartos tiene su vivienda?	No tiene cuartos () 1 o 2 () 3 o 4 () 5 o 6 () 7 o más ()

Si es HOMBRE, HA FINALIZADO LA ENCUESTA, LE AGRADECEMOS SU PARTICIPACIÓN.

Si usted es MUJER continúe respondiendo:

M1. Tomó ácido fólico:	Antes del embarazo () Los primeros tres meses de embarazo () Los primeros seis meses de embarazo () Durante todo el embarazo () Antes y durante el embarazo () Nunca tomé ácido fólico ()
M2. Durante el embarazo, ¿tomó usted algún medicamento?	Sí () No ()
M3. Si respondió que sí, ¿qué medicamento/s?	_____ _____ _____
M4. Durante el embarazo, ¿padeció usted de alguna(s) enfermedad(es)?	Sí () No ()
M5. Si respondió que sí, ¿qué enfermedad/es?	_____ _____ _____

¡Gracias por su participación!

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“ANSIEDAD, ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES DE NIÑOS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO”

Yo, _____ he sido informado, comprendo y doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria y entiendo que los datos obtenidos pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, a condición de que en ningún momento del reporte ni de los resultados finales se revelará mi identidad.

Firma del padre o madre _____ Fecha _____

Firma del investigador _____ Fecha _____

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

C.D.E.O. Erika Rosario González Rodríguez

Candidata para el Grado de
Maestra en Ciencias en Salud Pública

Tesis:

**ANSIEDAD, ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
EN PADRES DE NIÑOS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO**

Biografía: Nacida en México, D.F., el 27 de septiembre de 1978, hija de Mario González Gárate y María del Carmen Rodríguez Pérez.

Educación: Egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México, grado obtenido Cirujano Dentista en 2001. Egresada del Hospital Infantil de México Federico Gómez y Universidad Nacional Autónoma de México, grado obtenido Especialista en Odontología (Ortodoncia) en 2006.

Experiencia profesional: Práctica privada desde el 2006 y profesora invitada en el posgrado de Odontología Infantil de la Universidad Autónoma de Nuevo León desde el 2009.