

FACTORES PSICOSOCIALES DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD EN MADRES CON HIJOS DEFICIENTES MENTALES

Este estudio está basado en la aplicación del modelo de factores psicosociales de la depresión y de la ansiedad a grupos de madres con hijos deficientes mentales en edades adultas. Dividiéndoles en dos grupos: hijos que están siendo tratados en centros especializados (asistidos) y los que no lo están (no asistidos). A su vez, estos grupos fueron comparados con un grupo de control (madres con hijos normales), emparejados sus hijos por edad mental. Los resultados nos han mostrado que las madres con hijos deficientes mentales no asistidos presentan un mayor nivel de ansiedad, mientras que la depresión se mostraba simplemente tendencial. Demostrándonos que el efecto tampón que produce una Asociación de Padres en el tratamiento de sus hijos sobre las madres con hijos deficientes, es efectivo.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad depresiva es un hecho contemporáneo que abarca muchos significados, quizás demasiados. Su actual vigencia clínica queda atestiguada por algunos datos epidemiológicos.

Aproximadamente la mitad de las veces que los pacientes consultan al médico, se deben a la existencia de una depresión abierta o enmascarada.

Se calcula en 5 millones el número de franceses que padecen depresión en algún momento de su vida; de ellos, una quinta parte sufren un cuadro depresivo. Asimismo, se sabe que de los mil suicidas dia-

rios, 880 padecen una enfermedad depresiva (dato facilitado por la OMS, 1979).

Por otra parte, los intentos suicidas son extraordinariamente frecuentes (uno de cada doce consigue poner fin a su vida), lo que colorea de extrema gravedad e importancia estas alteraciones.

En España, el informe epidemiológico es más reciente, pero igualmente alarmante. Según Rabassa-Asenjo (1982), se estima en dos millones, a los españoles afectados de depresión, muchos de los cuales ni van a las consultas, ni se someten a ningún tipo de tratamiento. La especial incidencia en la mujer (10,7%) frente a la existente en el hombre (3,1%), es otro de los datos espectaculares que dibujan un panorama mucho más amplio de lo que normalmente se supone, y que hace de esta enfermedad una de las de mayor incidencia en la morbilidad española.

Sartorius y Keilholz (in Ballús et al., 1980), estiman que: "La depresión se presenta en un 3-5 % de la población mundial. De esto se desprende que los enfermos por depresión en todo el mundo, son alrededor de 120-200 millones".

Se estima que de los enfermos generales, el 10-20% son enfermos depresivos. De todos los enfermos tratados por el psiquiatra, aproximadamente el 50 % son enfermos depresivos. Según una encuesta realizada entre los psiquiatras españoles, dos tercios de los encuestados están de acuerdo en afirmar que, del 40 al 80 % de los pacientes asistidos en sus consultas, padecen procesos depresivos (Ballús et al., 1980).

Los estudios en Europa y Estados Unidos indican que dentro de la población adulta, aproximadamente del 18 al 23 % de las mujeres y del 8 al 11 % de los hombres tienen o han tendido en algún momento un episodio depresivo mayor. También se estima que del 0,4 al 1,2% de la población adulta ha tenido un trastorno bipolar (Polaino-Lorente, 1985).

Conciencia de crisis, preocupaciones y estrés cotidianos, como fuentes de la depresión y de la ansiedad

Las señales de peligro están relacionadas con la afectación personal. Existe toda una serie de situaciones frente a las que el hombre responde con afectación personal, si suponen una posible amenaza para su seguridad personal. Por ejemplo, puede resultar amenazador que se pongan en tela de juicio valores básicos relacionados con la libertad personal, que no se tenga la posibilidad de poder garantizar el bienestar personal y profesional de los ingresos o de la salud, etc.

El concepto de angustia, en la filosofía existencial y en la sociología de las masas, descubre un denominador común para todos los tipos de angustia en el enfrentamiento consciente a la crisis, preocupaciones y planeamientos existenciales, lo que implicaría, —si bien con ciertas reservas— que la advertencia de un peligro es fruto de un análisis consciente con el entorno.

Conjuntamente con el concepto de angustia, se suele plantear, bajo qué condiciones y con qué consecuencias una conciencia general de crisis y las preocupaciones por el bienestar general se transforman en angustia de un modo casi espontáneo, al verse sometidas a la presión de opiniones, convicciones, informaciones y experiencias personales.

Esta óptica en la interpretación de la angustia y su estudio crítico, resultan especialmente adecuadas para ilustrar la influencia moduladora de los procesos de control y de regulación del "medio interno".

Finalmente podríamos decir que la ansiedad se puede considerar como: a) una respuesta inmediata al estrés incontrolable (Lazarus et al., 1986); b) una respuesta emocional construida sociocognitivamente; es decir, una "etiqueta" o representación social impuesta a un conjunto de situacio-

nes y estímulos externos (respuesta a la amenaza de un hecho que se valora y que no se sabe si se puede controlar), de índices fisiológicos (alta activación displacentera), y de gestos expresivos (expresión facial de preocupación, conducta "acelerada"); c) una respuesta emocional asociada al fracaso de realizar las respuestas emocionales (expresivas, por ejemplo), derivados a partir de las normas emocionales culturalmente dadas. Estas respuestas fracasan en condiciones de estrés, de tensiones en el soporte social, de ocupación de múltiples roles contradictorios o de transición entre roles.

En relación de la ansiedad con la conducta social vemos que: a) sujetos con alta ansiedad social, presentan sobrepreocupación respecto a la evaluación que los otros, hacen de él y bajo rendimiento; b) sujetos en estado de alta ansiedad, buscan la compañía de otros para disminuir su ansiedad, siempre y cuando los otros compartan su destino social (compartan la amenaza) y no estén demasiado alterados. En definitiva, los sujetos de alto riesgo de ansiedad prefieren aislarse en situaciones de alta activación, lo contrario que los sujetos con baja ansiedad de carácter.

En síntesis, la ansiedad y la depresión dificultan el aprendizaje, rendimiento y memoria (aunque la depresión parece ser más deficitaria, mientras que la ansiedad puede facilitar ciertas conductas en determinadas condiciones). Ambas, aparecen como efectos opuestos sobre la conducta social. Ahora bien, la ansiedad parece actuar sobre todo a nivel de la atención, mientras que la depresión sesga el recuerdo. Esto es congruente con la asociación entre sucesos de pérdidas realizadas y su significación de pérdida en el pasado y depresión, así como entre sucesos de amenazas de pérdida en el futuro y ansiedad. Igualmente, a nivel de pensamientos, la depresión se centra en el recuerdo de sucesos negativos pasados, mientras que la ansiedad lo hace en la elucubración de los fracasos y pérdidas que pueden suceder en el futuro.

Factores psicosociales de la depresión y de la ansiedad

Este modelo pretende esclarecer los trastornos más frecuentes de las enfermedades mentales: las neurosis de ansiedad y afectivas (depresión), presentándolas desde una perspectiva psicosocial.

Los aspectos macrosociales, clase social y rol sexual están basados empíricamente en investigaciones epidemiológicas, donde se busca demostrar cómo las desigualdades de poder y económicas, asociadas a las pertenencias a clases y categorías sociales situadas en diferentes posiciones de la estructura social, determinan la presencia de trastornos psicológicos.

Los procesos microsociales, sucesos de vida negativos y soporte social, éstos actúan como mediadores, explicando la influencia de los factores macrosociales de clase en los trastornos psicológicos. Se refieren a las capacidades sociales de enfrentamiento hacia el medio y los efectos que produce la integración en redes sociales sobre la identidad del sujeto.

Estos dos elementos (macro y microsociales), si bien se han desarrollado empíricamente de manera dispersa, se refieren a dos tradiciones psicológicas clásicas. La primera es la Durkheimniana, referida al nivel de integración social y la relación entre las capacidades del sujeto. La segunda, alude a los cambios del medio y las normas sociales. Ambas, son el eje explicativo de las conductas desviadas —como el suicidio, por ejemplo—.

En el clásico estudio sobre el suicidio (estrechamente asociado a la depresión, ya que entre el 30 y 80 % de los suicidas han estado previamente deprimidos, aunque sólo un 1 % de los deprimidos se suicida), Durkheim hace de la integración social una de las claves de la explicación de éste: los sujetos demasiado aislados y los sujetos excesivamente integrados serían los que cometerían suicidio.

Brown (1983), hablando sobre la depresión y la ansiedad, reproduce en parte este esquema: la depresión estaría asociada al aislamiento social, y la ansiedad a la fuerte integración. En este mismo sentido, Durkheim afirma que, cuando el cambio del medio hace que las normas sociales planteen metas más allá de las capacidades de los sujetos, o cuando el cambio del medio y el aumento de las capacidades del sujeto deja sin sentido las normas sociales existentes, se producía el suicidio.

En el fondo, las investigaciones sobre soporte social y las capacidades sociales planean lo mismo. Cuando los sucesos de la vida sobrepasan la capacidad de respuesta del sujeto, unido a una baja inte-

gración social, hay más posibilidades de trastornos psicológicos.

Otra tradición psicológica, que enmarcan las investigaciones y teorías aquí expuestas, es el Interaccionismo Simbólico. Los sucesos de vida, el soporte o integración social, las capacidades sociales, en resumen, el juego de roles sociales y los éxitos o las tensiones asociadas a ellos, son importantes en la medida que permiten la construcción de un sentido y una identidad positiva y estable para los sujetos. Es el sentido o significado que los sujetos le asignan a las situaciones, a partir de su posición y con sus sistemas de representaciones socialmente dados, lo que explica el sufrimiento y el tipo de trastorno del sujeto.

Los efectos de los roles sociales en la representación de sí mismos, del mundo y de la autoestima de los sujetos, son los elementos explicativos centrales de la "enfermedad mental" que se inspiran en el Interaccionismo Simbólico.

Finalmente podríamos decir que, los factores psicológico-sociales actúan como mediadores claves en la configuración de la personalidad y de los comportamientos de ansiedad y depresión (autoestima y autoimagen, habilidades sociales y estrategias de enfrentamiento, baja capacidad de control, esquemas cognitivos, estilos de atribución de causalidad, nivel de expectativas, etc.).

El estudio de campo se centró sobre los aspectos macrosociales y microsociales, que pasamos a explicar brevemente.

Clase social.—Uno de los datos más firmes de la epidemiología contemporánea es la existencia de riesgo de enfermedad y tasa de mortalidad diferentes, según las clases sociales. Si bien algún tipo de enfermedad es más frecuente entre las clases altas, cuanto más bajo es el nivel social, mayor es la presencia de enfermedades y tanto la mortalidad infantil como la de los adultos, aumentan.

En las encuestas comunitarias, la mediana de trastornos psicológicos en la clase social más baja es de 36,4%, comparada con un 9,2 % en la clase más alta (Horwitz, 1984; In Paez, 1986). Por consiguiente hay una asociación entre la pertenencia a las clases bajas y una distribución de la salud —negativa en relación a las clases bajas—.

Rol sexual.—A nivel de la salud y la enfermedad física, las mujeres presentan una mayor longevidad y una mortalidad menor. Desde el punto de vista de la morbilidad, hay una mayor incidencia de las condiciones agudas y una predominancia de las enfermedades crónicas.

En cuanto a la depresión, se confirma que las mujeres presentan más síntomas depresivos que los hombres. Además, después de diversos estudios, se concluyó que la población femenina de más alto riesgo es el "ama de casa", destacando aquellas que tienen a su cargo un enfermo crónico (Páez, 1986).

En síntesis, tanto a nivel de síntomas de malestar, psicológico general, como de ansiedad y de depresión, la mujer presenta más problemas de salud mental que el hombre.

Sucesos vitales y enfermedades mentales.—Las investigaciones empíricas reafirman la asociación entre la aparición de sucesos vitales problemáticos y los niveles de sintomatología psicopatológica. Los sucesos estresantes son aquellos que el sujeto percibe como amenazantes para su bienestar, tanto físico como psíquico.

Desde otro punto de vista, entendemos por sucesos vitales, experiencias que objetivamente proporcionan un cambio vital en el sujeto (por ejemplo, tener un hijo deficiente mental), por consiguiente, exigen de éste reajustes en su conducta, debido a que interrumpen o amenazan la trayectoria normal de la vida del sujeto.

Si bien inicialmente se propuso que cualquier suceso vital, negativo o positivo, que implicara un cambio y un esfuerzo de adaptación, estaba asociado a la aparición de síntomas, la evidencia existente señala que sólo los sucesos negativos juegan un rol facilitador de trastornos psíquicos y físicos (Monroe et al., 1983). Los sucesos indeseables, incontrolables e imprevisibles, son los que están más frecuentemente asociados a síntomas psicológicos —en particular depresivos— (Thoist, 1983). Los sucesos que implican cambios positivos no están asociados a sintomatología psicológica, aunque sí están asociados a síntomas físicos.

Soporte social.—Turner (1983, in Páez, 1986) define el soporte social, como la percepción que tiene el sujeto, a partir de su inserción en la redes sociales, de ser:

a) cuidado y amado; b) valorado y estimado; c) que pertenece a una red social de derechos y obligaciones. El elemento fundamental no es una mera inserción objetiva en una red social densa, sino la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material.

La naturaleza de los lazos entre soporte social y salud, varía según los autores. Unos piensan que el soporte social y la salud tiene una relación directa, sin tener en cuenta la existencia de fuentes de estrés (Billings & Moss, 1981; Hammer, 1983; Larroco, House & French, 1980; Thoits, 1982). Pero la mayoría, piensa que actúa de tampón cara a situaciones estresantes (Gore, 1978, 1985; in Cohen y Syme, 1985). Estas distintas visiones son debidas a la utilización de medidas diferentes. Lo que hace el soporte social es evaluar el grado en que un sujeto se encuentra integrado dentro de las redes sociales, quedando su efecto tampón más patente, si lo medimos frente a situaciones estresantes.

Centrándonos en la depresión, podemos observar que, la falta o escasez de contacto y apoyo social estables (la ausencia de una red de familiares, amigos y conocidos), que ayude moral, emocional e instrumentalmente a los sujetos, parece ser un factor que tiene un papel directo de facilitación de síntomas físicos y psíquicos.

Un aporte importante fue el realizado por Brown & Harris (1978), estos autores, que analizaron la relación entre soporte social y depresión, tomando medidas de estrés y soporte social independientes de la sintomatología. Esta investigación confirmó cómo el grado de soporte o integración social eran elementos mediadores en la depresión. Siendo las mujeres más aisladas (sin trabajo externo, sin confidente o relación satisfactoria con un hombre), y que estaban confinadas en su casa con tres o más hijos pequeños, las que presentaban una mayor depresión.

Por consiguiente, son los sujetos de menor soporte social (viviendo solos, desempleados y de clase baja) los que pueden sufrir de mayores problemas psicológicos.

Por otro lado, hay una fuerte evidencia en el sentido de que las tensiones y déficits en la integración social pueden ser un factor de estrés tanto o más importante que los sucesos de vida dramáticos y externos (Michell et al., 1983).

Señalaremos por último que, se ha encontrado que tanto la pertenencia de clase, como el nivel de sucesos de vida negativos y el soporte social, ejercen influencia directa en la sintomatología depresiva, controlando la influencia de todas las variables antes mencionadas, además de la edad y del sexo (Turner, 1983; in Páez, 1986).

Hipótesis

En el estudio empírico, aplicaremos el modelo anteriormente descrito a madres con hijos deficientes mentales, diferenciando los grupos entre: madres con hijos asistidos a una Asociación de Padres y son tratados; y el otro grupo de madres que permanecen en sus casas, sin ningún tipo de tratamiento.

Primera hipótesis.-Según el modelo aplicado a este estudio, consideraremos que tener un hijo deficiente mental es un suceso de vida negativo, donde la aparición de otros sucesos de vida negativos, quizás no tenga tanta relevancia como el primero. Hemos visto en el repaso a la bibliografía cómo los sucesos de vida negativos acentúan la sintomatología de ansiedad como depresiva.

Segunda hipótesis.-Por otro lado, el apoyo o soporte social que una Asociación, preparada para el tratamiento de los defi-

cientes mentales y de las familias, hará de efecto tampón y disminuirá la sintomatología depresiva producida por ese hijo deficiente mental.

Para observar la sintomatología, compararemos este grupo de madres con otro grupo de madres con hijos deficientes mentales, pero que permanecen en sus casas (en vez de estar en una Asociación). De esta manera veremos cómo en este último grupo dicha sintomatología aumentará. Con esto buscamos la aportación que una asociación de padres ofrece cara a disminuir la problemática que poseen estas familias y especialmente la madre.

Tercera hipótesis.—De la misma manera vamos a observar cómo a través del tiempo, las madres se han habituado al problema de su hijo, confirmando que el estrés inicial causado por ese hijo ha desaparecido y la diferencia que pueda hallarse entre estos grupos de madres.

METODOLOGÍA

Descripción de la muestra:

La muestra constituida por madres casadas que vivían con sus maridos, estaba dividido en tres grupos (Tabla I):

TABLA I

PRESENTA LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS TRES GRUPOS

| | Gp. Control | Asistidos | No asistidos |
|-----------------------|-------------|-----------|--------------|
| Edad Padre | 37,5 | 57 | 68,5 |
| Edad Madre | 34.5 | 56.85 | 60.21 |
| Sin Estud." | 70% | 100 % | 85% |
| Medios " " | 30% | - | 15% |
| Ama de casa | 70% | 100% | 94.4 % |
| Clase Baja | 20% | 55% | 66,6 % |
| Clase Media | 60% | 35% | 11,1 % |
| Clase Alta | 20% | 10% | 22.2 % |
| Edad Hijos | 5 | 21.1 | 28 |
| Sexo Hijos Hombre | 75% | 55% | 17% |
| Mujer | 25% | 45% | 83% |
| Número Hijos | 2 | 3,83 | 4,33 |
| Posición Familiar 1-2 | — | 68.42 % | 33.3 % |
| Deficientes Mentales | — | 58% | 44% |
| Síndrome de Down | — | 18% | 44% |
| D.M. + Otros | — | 24% | 12% |

a) Grupo control, compuesto por 20 madres con hijos normales (asistiendo todos ellos al mismo centro escolar), edades comprendidas entre 3 y 7 años.

b) Grupo de asistidos, 20 madres con hijos deficientes mentales (asistiendo a la misma Asociación de Padres, dedicada al cuidado de deficientes mentales), y con edades que van desde los 21 a los 40 años.

c) Grupo de no asistidos, formado por 18 madres con hijos deficientes mentales, no asisten a ninguna asociación, permanecen en sus casas con sus padres, edades entre 20 y 45 años.

La edad media del total de las madres era de 50,5 años; hay que señalar que el grupo de madres compuesto por hijos normales era de 34,5 años, mientras que en los otros grupos sus medias eran significativamente superiores, 57 a 60 años, respectivamente.

El 87,93 % de las madres no poseían estudios medios y el resto no tenían ningún tipo de cualificación específica. En cuanto a la posición socio-económica, en el grupo de asistidos el 90 % eran de clase baja-media, mientras que en el grupo de no asistidos tan sólo el 77,7 % pertenecían a esa clase.

El lugar que ocupaba en la familia el hijo deficiente varió en los distintos grupos. En el grupo de asistidos el hijo deficiente ocupa el primero o el segundo puesto en el 68 % de las familias. En el grupo de no asistidos, únicamente en un 33 % de las familias el hijo deficiente ocupa el primero o segundo puesto dándose el caso de que este último grupo generalmente la familia es numerosa, llegando a tener hasta 5 y 6 hijos.

Respecto al sexo del hijo, se ve cómo el grupo de asistidos está prácticamente equilibrado, no así en el grupo de no asistidos, siendo el hijo en un 83 % de los casos de sexo femenino.

En cuanto al diagnóstico, todos se encontraban dentro de un coeficiente de inteligencia moderado (35-49). Por otra parte, se hallaban agrupados según patología entre: Deficientes Mentales, Síndrome de Down y Deficiencia Mental asociados a otros problemas (denominado como otros. Tabla I).

instrumentos

Los cuestionarios utilizados contenían preguntas que contemplaban distintos aspectos: salud mental (depresión y ansiedad), acontecimientos en la vida, soporte social, clima familiar y habilidades del hijo.

La elaboración del cuestionario se realizó a partir de:

a) El Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1983).

b) La escala de ansiedad utilizada por el Departamento de Psicología Social de la Universidad del País Vasco (Páez, 1986).

c) Una escala sobre Sucesos de Vida Negativos (Holmes & Rahe, ver Páez, 1986). Evalúa los sucesos acontecidos en el último año.

d) La escala de Soporte Social del Departamento de Salud Mental de California (Conde & Franch, 1984). Evalúa el soporte social, tanto real, como el ideal.

e) La escala de Clima Social, elaborado por el Laboratorio de Ecología Social de la Universidad de Stanford (California), bajo la dirección del R. H. Moos (1984). Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

f) El cuestionario de habilidades, basado en la Escala de Evaluación de Capacidades de E. Whelan & B. Speake (1977) y del cuestionario de Evaluación de Actividades de la Vida Diaria, elaborado por Gautena (Asociación de Padres de Niños Autistas de Guipúzcoa, 1986).

Análisis de datos

Las hipótesis realizadas pertenecen al diseño: estrés-soporte social-desórdenes afectivos. Dicho diseño posee una interacción antagonista. Postula que el soporte social que se ofrece a una familia (en nuestro caso Asociación de Padres), hace que disminuya el efecto patológico en la variable dependiente de estrés. Además hemos controlado los posibles sucesos de vida negativos, el clima familiar y las habilidades del hijo que pudieran influir.

En términos estadísticos, la interrelación entre los tres tipos de variables (estrés, soporte social, desórdenes afectivos) fue examinada, mediante análisis discriminantes, de correlaciones y de regresión múltiple. Cada posible asociación fue valorada en términos de su contribución a la varianza total.

RESULTADOS

Los resultados del análisis discriminante aparecen en la Tabla II, mostrándonos cómo la depresión en el conjunto de madres (Beck) es únicamente tendencial (0.1288); pero se puede apreciar cómo es mayor en las madres con hijos deficientes no asistidos.

Por otro lado, la ansiedad para el conjunto de las madres (SAS) nos ofrece un resultado significativo (0.0262), siendo el grupo control y el de madres con hijos no asistidos quienes dan una puntuación más elevada.

El soporte social real (el que en estos momentos están recibiendo) también es significativo (0.0181), siendo similar el de las madres con hijos deficientes asistidos y no asistidos, y superior el de las madres con hijos normales. Asimismo, el soporte ideal (el soporte que les gustaría tener) es significativo (0.0101), y son las madres con hijos normales quienes quisieran tener más soporte del que ya tienen.

El cuestionario de habilidades nos muestra un efecto significativo (0.0353), ofre-

ciendo la puntuación más baja el grupo de hijos deficientes asistidos, y quedando los otros dos grupos prácticamente igualados.

En el apartado de clima familiar, tenemos tres resultados significativos: a) clima intelectual-cultural-06, (0.0072), hace referencia al grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales. El grupo que ofrece mayor interés por este tipo de actividades es el de control, seguido por el de asistidos y finalmente el de no asistidos; b) clima socio-recreativo-07 (0.0001), define el grado de participación en este aspecto, se encuentra una mayor participación en el grupo control; c) clima moralidad-religiosidad-08 (0.0688), se ocupa de la importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso. Al parecer, son los grupos control y de asistidos quienes le dan más importancia a estos aspectos.

En cuanto a los sucesos de vida, vemos cómo los sucesos controlables (C) son tendenciales (0.1817), siendo las madres con hijos deficientes no asistidos, quienes ven las situaciones como más incontrolables, le siguen el grupo control y finalmente, viéndose la situación más controlada, las madres con hijos asistidos. Por otra parte, el apartado de sucesos deseables (D) se muestra significativo (0.0743), siendo el grupo de madres con hijos deficientes no asistidos quienes viven las situaciones como más indeseables, seguidas por el grupo control y finalmente, bastante más distanciado, el grupo de madres con hijos asistidos.

Pasamos a ver los resultados del análisis discriminante, formado por grupos, ser-

TABLA II

ANÁLISIS DISCRIMINANTE DE GRUPOS

| GRUPOS | Gp. Control | Asistidos | No asistidos | F | Signf. |
|-----------|-------------|-----------|--------------|-------|--------|
| S.A.S. | 33.65 | 27.35 | 34.05 | 2.918 | .0626 |
| SOPREAL | 18.45 | 14.20 | 14.17 | 4.327 | .0181 |
| SOPIDEAL | 15.65 | 10.95 | 10.76 | 5.014 | .0101 |
| HÁBIL | 17.80 | 14.10 | 17.35 | 3.549 | .0353 |
| CLIM.06 | 5.30 | 4.60 | 3.00 | 5.407 | .0072 |
| CLIM.07 | 5.40 | 3.20 | 3.00 | 11.43 | .0001 |
| CLIM.08 | 5.50 | 5.10 | 4.00 | 2.814 | .0688 |
| DES (D) | 42.27 | 26.20 | 50.03 | 2.93 | .0743 |
| BECK | 7.60 | 7.55 | 12.58 | 2.129 | .1288 |
| CONT. (C) | 20.43 | 15.63 | 31.53 | 1.84 | .1817 |

TABLA III

ANÁLISIS DISCRIMINANTE DE GRUPOS FORMADOS POR DIAGNÓSTICOS

| DIAGN. | Normal | D.M. | S. Down | Otros | F. | Signf. |
|---------|--------|-------|---------|-------|-------|--------|
| SOPRE. | 18.45 | 15.42 | 13.50 | 12.00 | 3.665 | .0178 |
| SOPID. | 15.65 | 11.68 | 10.35 | 10.00 | 3.445 | .0229 |
| TOTSUC. | 2.60 | 1.21 | .92 | 1.42 | 2.197 | .989 |
| CLIM.06 | 5.30 | 3.52 | 4.50 | 3.60 | 2.288 | .0889 |
| CLIM.07 | 5.40 | 3.15 | 3.35 | 2.20 | 8.470 | .0001 |
| BECK | 7.60 | 11.10 | 5.78 | 14.60 | 2.033 | .1201 |
| HÁBIL. | 17.80 | 14.63 | 17.35 | 13.80 | 2.095 | .1116 |

gún diagnóstico (Tabla III). La depresión vuelve a aparecer tendencial (0.1116), con el valor más elevado en el grupo de deficiencia mental asociada a otros problemas (otros), seguida por deficiencia mental y finalmente Síndrome de Down. También aparecen tendenciales las habilidades del hijo (0.1201), emparejándose los grupos de hijos normales e hijos con Síndrome de Down, con una puntuación algo más baja, se encuentran los otros dos grupos.

Como resultado significativo, tenemos otra vez el soporte real (0.0178). Corroborando los datos antes mencionados anteriormente el grupo de normales presenta el índice más elevado, seguido por este orden de deficientes mentales. Síndrome de Down y otros. El soporte ideal también es significativo (0.0229), siendo de nuevo las madres con hijos normales quienes aparecen en primer lugar.

Los items de sucesos de vida negativos, en el apartado referente a los sucedidos durante el año anterior, ofrecen un efecto significativo (0.0989). Son las madres con hijos normales quienes dan valores más altos, opuestos a las madres con Síndrome de Down, que ofrecen la puntuación más baja.

En el apartado de clima familiar, encontramos otra vez valores significativos en clima intelectual-cultural-06 (0.0889), principalmente en madres con hijos normales, seguidas por Síndrome de Down y finalmente los otros dos grupos casi parejos. En clima socio-recreativo-07 (0.0001) vemos cómo el índice de significación es bastante claro, siendo más elevado en madres con hijos normales, seguido por el de deficientes mentales y Síndrome de Down y, finalmente, el de deficientes mentales con otros problemas asociados.

Una vez finalizados los análisis discriminantes, el resto de análisis fueron realizados con los grupos de madres con hijos deficientes mentales, asistidos y no asistidos. En los análisis de correlación, vemos cómo la depresión y la ansiedad están directamente correlacionadas, con un índice de significación de 0.5309 ($p > 0.001$).

Por otra parte, aparece una correlación solamente tendencial entre depresión y edad del hijo (0.1959), depresión y número de hijos (0.1868) y, depresión y posición que ocupa el hijo dentro de la familia (0.1135). La ansiedad presenta una cierta correlación con el sexo del hijo (0.0275).

Otras correlaciones significativas a destacar son: ocupación de la madre y número de hijos 0.9797 ($p > 0.001$); edad del padre y del hijo 0.5535 ($p > 0.001$); y edad de la madre y edad del hijo 0.6497 ($p > 0.001$).

Finalmente en el análisis de correlación obtenido entre depresión-ansiedad y asistidos-no asistidos (Tabla IV), se aprecia cómo la correlación es mayor en el grupo de no asistidos, sin llegar a ser un resultado significativo.

TABLA IV

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN Y ENTRE LOS GRUPOS DE MADRES CON HIJOS DEFICIENTES

| | Ansiedad | Depresión |
|-------------|----------|-----------|
| ASOCIACIÓN | -.2955 | -.1964 |
| NO ASOCIAC. | .2091 | .2281 |

En el análisis de regresión múltiple, tomando como variable dependiente la depresión, los resultados significativos son: número de hijos (0.0948), clase social (0.0995), habilidades del hijo (0.0828) y clima cohesión familiar-01 (0.565). El clima socio-recreacional-07 (0.1117) aparece como tendencial. A través de estas variables, se llega a explicar sólo el 18,8 % de la depresión de las madres.

DISCUSIÓN

En la primera hipótesis, veíamos cómo tener un hijo deficiente mental, tomaba el sentido de ser un suceso de vida negativo, un acontecimiento generalmente no esperado y que como tal provocaba desórdenes emocionales. En los resultados, sólo nos aparece significativo el apartado dedicado a los sucesos *deseables* —D— (análisis de correspondencias. Tabla IV), que evalúa los sucesos que han dado ese año, desde "muy deseables", hasta "totalmente indeseables". El grupo de madres con hijos deficientes no asistidos son quienes ven estos sucesos de una manera más indeseable, apreciándose una gran diferencia con el grupo de asistidos, aproximándose éstos más al polo de sucesos deseados.

Sin llegar a ser significativo y mostrando la tendencia hacia ello, dentro del aspecto de sucesos de vida negativos, aparecen los sucesos considerados como *controlables* —C—, es decir, sucesos que tú puedes controlar. En este caso, supondría tener un hijo deficiente mental y solucionar el problema que puede, por ejemplo, ocasionar su educación, llevándolo a un lugar donde fuera tratado adecuadamente y su familia se sintiese apoyada. La valoración en este ítem es la siguiente: desde "el problema era totalmente controlado", hasta "el problema era totalmente incontrolado". Como un problema totalmente incontrolado, lo veían las madres con hijos no asistidos (Tabla II), mientras que el grupo de madres con hijos asistidos, se encontraban en el otro extremo, donde el suceso estaba controlado.

Respecto a los análisis discriminantes sobre diagnósticos (Tabla III), los sucesos de vida negativos (se les preguntaba sobre los sucesos acontecidos durante el último año), aparecían los grupos de deficientes mentales y deficientes mentales asociados con otros problemas, con puntuaciones más elevadas, siendo las madres de hijos con

Síndrome de Down, quienes percibieron menos sucesos de vida negativos.

También nos planteábamos en la hipótesis, que los sucesos de vida negativos provocarían una mayor sintomatología tanto en la depresión, como en la ansiedad, en las madres con hijos no asistidos. Los resultados nos muestran que simplemente se presenta tendencial en la depresión, sin llegar a ser significativo el resultado obtenido. No es así, en cuanto al nivel de ansiedad, que sí aparece significativo en todos los grupos, siendo el grupo de madres con hijos asistidos quienes manifiestan un valor menos elevado, seguido por el grupo control que se encuentra emparejado con el grupo de madres con hijos no asistidos. Mientras que en la depresión los grupos que se hallan próximos son: los de madres con hijos asistidos y grupo control. El grupo de madres con hijos no asistidos presentan mayor nivel de depresión.

La explicación que se puede dar ante estos resultados es la siguiente: las madres del grupo control poseerán un mayor nivel de tensión, de estrés cara a sus hijos pequeños debido a que se encuentran en una edad conflictiva, pero no presentan depresión pues saben que sus problemas evolucionarán con el tiempo. Por otra parte, las madres con hijos deficientes no asistidos, presentarán mayor tensión, mayor estrés, se sentirán más ansiosas, pues se enfrentan día a día con el problema de su hijo deficiente, viendo cómo el tiempo no soluciona su problema, sino más bien lo que probablemente ocurra es que se agrave, por consiguiente es lógico que se sientan deprimidas ante un futuro negativo.

Pasando el análisis discriminante de grupos según diagnósticos, vemos cómo el grupo de deficientes mentales con otros problemas asociados, se revela con una mayor tendencia a la depresión, no así en el grupo de Síndrome de Down, que como los trabajos realizados en este área han confirmado que los padres con dicho síndrome, asimilan mucho mejor el problema y son más capaces de sobreponerse a él (Szymanski, & Tanguay, 1980). En el punto medio entre los grupos antes citados, se encontrarían los diagnosticados como deficientes mentales.

El análisis de correlación entre los grupos de asistidos y no asistidos (Tabla IV), nos ofrece resultados no significativos, pero sí nos confirma la tendencia que los análisis discriminantes mostraban sobre una

mayor sintomatología tanto depresiva, como de ansiedad, en el grupo de madres con hijos no asistidos.

Finalmente la regresión múltiple, tomando como variable dependiente la depresión, se mostraron significativos los siguientes apartados: número de hijos, la clase social, las habilidades mostradas por el hijo y la cohesión familiar, las cuales pasamos a explicar.

En cuanto al número de hijos, vemos cómo el grupo no asistidos marca la diferencia (Tabla I), dando como media 4,33 (especificamos los decimales, para mostrar las tendencias, siendo en este grupo hacia más de cuatro, mientras que en el grupo de asistidos 3,83 su tendencia es hacia menos de cuatro) por familia y como la bibliografía nos mostraba, amas de casa con más de tres hijos pequeños y al cuidado de un enfermo crónico, aumentaban las posibilidades de sintomatología depresiva (Páez, 1986).

Otro de los aspectos importantes a remarcar mostrado por la epidemiología, es el hecho de la pertenencia a una determinada clase social (clase baja), siendo esta determinante de una mayor sintomatología depresiva (Horwitz, 1984; In Páez, 1986). En este caso no se aprecian grandes diferencias (Tabla I), la depresión aparecía tendencial y específicamente a través de estos factores, únicamente se explicaba un 18,8 % del total de la depresión que puedan tener las madres.

Un punto realmente interesante a destacar es el resultado ofrecido por el cuestionario que recogía la habilidad del hijo. Además en la regresión múltiple aparece como parte de la explicación en la depresión de la madre. Curiosamente en el análisis discriminante se mostraba cómo las madres con hijos no asistidos decían que sus hijos tenían un mayor nivel de habilidades, respecto a lo mostrado por las madres con hijos asistidos. Aquí podemos encontrar tres tipos de justificaciones a dichos resultados.

Primeramente las madres con hijos deficientes asistidos, puede que estén valorando a sus hijos más duramente, por el hecho de estar fuertemente mentalizadas cara a este tipo de evaluaciones, debido a que éstas son las habilidades que cotidianamente son trabajadas con sus hijos y periódicamente son informadas sobre los cambios que se operan en ellos.

Otra explicación tan buena como la anterior podría ser que los hijos que permanecen en sus casas, poseen mejores habilidades, y por esta razón no van a centros especializados. Recordemos que las habilidades a las que nos referimos, son : capacidad de alimentarse; habilidades en el vestido; aseo personal e higiene; control de esfínteres (uso de baño); seguridad y salud; y ocio. Además señalaremos que el porcentaje de mujeres en el grupo de no asistidos era sensiblemente superior al de asistidos.

La última explicación versa sobre la validez del cuestionario utilizado, ya que en muy pocas preguntas se pretendía recoger demasiada información y por tanto la fiabilidad disminuía.

La cohesión familiar que venía definida: por el grado en que los miembros de la familia están compenetrados, se ayudan y se apoyan entre sí. Es otro de los factores que aparecía en la explicación de la sintomatología depresiva. Revisando los resultados obtenidos por el análisis discriminante (no significativo) daba una mayor cohesión familiar el grupo de madres con hijos asistidos (6.75), respecto al grupo de madres con hijos no asistidos (5.88) ofreciendo éstas una menor cohesión familiar.

Otra de las hipótesis que nos planteábamos, hacía referencia al soporte que una Asociación de Padres dedicada al tratamiento específico de la deficiencia mental, produciría un efecto tampón y disminuiría la sintomatología tanto de ansiedad, como de depresión. Los resultados muestran que el soporte real (el que las madres perciben en el momento que se les encuestó), y el soporte ideal (el que les gustaría llegar a tener), son significativos (Tabla II). Los grupos de asistidos y no asistidos obtenían una puntuación similar en soporte social, mientras que la diferencia era marcada por el grupo de control, percibiendo un soporte mayor (a los dos niveles) que los otros grupos.

Probablemente el grupo control con estos resultados nos está marcando el nivel normal de soporte al cual una madre puede aspirar, es decir, al que deberían llegar los otros dos grupos de madres, dándonos a entender que el nivel de estos últimos grupos está por debajo respecto a la media general. Con esto queremos señalar, que las madres con hijos deficientes se encuentran más cansadas de luchar y con una visión de futuro menos optimista cara a

conseguir un mejor apoyo, especialmente para sus hijos. Hay que recordar que las edades medias entre el grupo control y los grupos de madres con hijos deficientes variaba enormemente, estos últimos duplicaban en edad al anterior.

El análisis discriminante realizado con los grupos de diagnóstico, nos confirma lo hallado anteriormente, volviendo a aparecer significativos los dos tipos de soporte, real e ideal (Tabla III). El grupo diagnosticado como deficiencia mental, se muestra como el grupo que con un nivel de soporte más elevado, seguido por el grupo de Síndrome de Down y finalmente el grupo de deficiencia mental asociado a otros problemas. En cuanto al soporte ideal, sigue más o menos el mismo camino que en el soporte real, pero acortándose las diferencias.

A través de la escala de Clima Social, pretendíamos ver las características socio-ambientales de las familias. Este cuestionario evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella, y su estructura básica.

Los apartados que se mostraron significativos en el análisis discriminante respecto a la escala de clima social fueron los siguientes: intelectual-cultural (clima 06); socio-recreativo (clima 07); y moral-religioso (clima 08). Todos ellos pertenecían a la dimensión del desarrollo de la escala de clima social de la familia. Esta dimensión evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común.

En todos estos apartados las puntuaciones aparecían favorables al grupo de asistidos, dando a entender que los procesos de desarrollo personal eran fomentados más ampliamente en este grupo, más que en el de madres con hijos no asistidos. Probablemente porque este tipo de familias pudiera pertenecer a ese grupo de familias largamente señalado en la bibliografía, que ofrecen una sobreprotección a sus hijos, poniéndole trabas en su desarrollo personal (Polaino, & Carbo, 1986; Freiré, et al., 1986; Szymanski & Tanguay, 1980).

Las correlaciones encontradas como significativas, veíamos que una de ellas era la ocupación de la madre (ama de casa en su mayoría), que como hemos explicado antes, ofrecían un mayor riesgo de sintomatolo-

gía psicológica. Por otra parte, también encontramos el número de hijos como factor a destacar, siendo el grupo de madres con hijos no asistidos quienes marcaban una media superior (4,33), en su mayoría familias numerosas, llegando a tener hasta seis hijos.

La correlación mostrada entre la edad del padre y del hijo es totalmente lógica, ya que la preocupación de los padres irá en aumento con los años, al ver que el futuro de sus hijos no está solucionado.

Podríamos resumir los resultados obtenidos diciendo que en general el soporte aportado por una Asociación de Padres a una familia con un hijo deficiente mental adulto, puede en cierta medida disminuir el grado de ansiedad de las madres, ejerciendo el efecto tampón que era señalado en el modelo de los factores psicosociales de la salud mental (depresión y ansiedad). No siendo así, en el resultado obtenido a nivel de la depresión, ya que éste no se mostraba significativo.

Ricardo Veá

BIBLIOGRAFÍA

- BALLUS, C. et al.** (1980). *Las depresiones en la clínica cotidiana*. Publicación del Comité para la Prevención y el Tratamiento de las Depresiones (PTD).
- BECK, A. et al.** (1983). *Terapia de la depresión*. Bilbao, Declée de Brouwar.
- BILLINGS, A. G., & MOOS, R. H.** (1981). *The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events*. "Journal of Behavioral Medicine", 4: 139-157.
- BROWN, E. H. a HARRIS, T.** (1978). *Social Origins of Depression*. London, Tavistock Publications.
- BROWN, G.** (1983). *Ansiedad y depresión en la sociedad actual*. "In Sociología de la Salud". Gasteiz, Eds. del Gobierno Vasco.
- COHÉN, S. & SYME, S. L.** (1985). *Social support and health*. New York, Academic Press.
- CONDE, V. & FRANCH, J.** (1984). *Escala de evaluación conductual para la cuantificación de sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos*. Valladolid, Dept. de Psicología Médica Univ. de Valladolid.
- DURKHEIM, E.** (1987). *Le suicide, étude sociologique*. París, PUF (1960).
- FREIRÉ, J. B. et al.** (1986). *Actitudes de los padres frente al hijo Deficiente Mental II*. Pamplona, CEFAES.
- HAMMER, M.** (1983). *Care and extended social networks in relation to health and illness*. "Social Sciences and Medicine", 17(7): 405-411.

- LAROCCO, J. M.; HOUSE, J. S. & FRENCH, J. R.** (1980). *Social support, occupational stress, and health*. "Journal of Health and Social Behavior", 21: 202-218.
- MICHELL, E. R. et al.** (1983). *Stress, Coping and Depression among Married couples*. "JAP", 20(5): 776-785.
- MOIMROE, M. S. et al.** (1 983). *Prediction of Psucho/o-gical Symptoms under High-Risk Psychosocial circumstances: Life Events, Social Support and Symton Specificity*. "JAP", 92(3): 338-350.
- MOOS, R. H. et al.** (1984). *Escalas de Clima Social*. Madrid, TEA.
- PAEZ, D. et al.** (1986). *Salud Mental y Factores Psico-sociales*. Madrid, Fundamentos.
- POLAINO, A. & CARBO, M.** (1986). *Actitudes de los padres frente al hijo Defiente Mental I*. Pamplona, CEFAES.
- RABASSA-ASENJO, B.** (1982). *La depresión en España*. Madrid, Laboratorios Lederle.
- SCHAEFER, C; COYNE, J. & LAZARUS, R.** (1981). *The heath-related functions of social support*. "Journal of Behavioral Medicine", 4: 381-406.
- SZYMANSKI, L. S. & TANGUAY, P. E.** (1980). *Emotional disorders of mental/y retarded persons*. Baltimore, Univ. Park Press.
- THOITS, P.** (1982). *Conceptual, methodological, and theoretical prob/ems in studying social support as a buffer against Ufe stress*, "Journal of Heathth and Social Behavior", 23: 145-159.
- THOITS, A. P.** (1 983). *Múltiple indentities and psychological wel/being: a reformulation and test of the social isolation hypothesis*. "American Sociological Review", 48: 174-187.
- WHELAN, E & SPEAKE, B.** (1977). *Scale for Asses-sing Coping Skills*. Manchester, Copewell Publications.