

# Rasgos de personalidad y síntomas depresivos en madres de niños con discapacidad

## *Personality traits and depressive symptoms in mothers of children with disability*

*Blanca Rosa Sánchez Ramírez, Gloria Georgina Cerda de la Torre  
y Amelia Castellanos Valencia<sup>1</sup>*

### RESUMEN

Algunos rasgos de personalidad de madres de hijos con discapacidad se asocian a síntomas depresivos. El objetivo del presente trabajo fue determinar, mediante un diseño transversal, la relación de los rasgos de personalidad, factores sociodemográficos y severidad de la discapacidad del hijo con los síntomas depresivos de sus madres. Participaron 63 madres de pacientes con discapacidad de 1 a 18 años de edad del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente (México). Se evaluaron dichos síntomas individualmente mediante el Inventario de Depresión de Beck y el Perfil-inventario de la Personalidad de Gordon. La independencia funcional del hijo fue evaluada con WeeFim. Se realizó un análisis de regresión lineal de los síntomas depresivos y los rasgos de personalidad, la independencia funcional del hijo y los factores sociodemográficos. La edad promedio de las participantes fue de 31.4 años, 35% de las cuales tenía un hijo con parálisis cerebral, y 65% un hijo con lesión medular. El 76% presentó síntomas depresivos. La puntuación percentilar de los rasgos de personalidad fue baja, especialmente la autoestima, la ascendencia y la responsabilidad. El promedio de los síntomas tuvo una correlación negativa con algunos rasgos maternos, como autoestima, sociabilidad, responsabilidad, estabilidad emocional y originalidad, y una positiva con cautela. Los autores concluyen que algunos rasgos de personalidad de las madres pueden contribuir a la discapacidad del hijo, y asimismo a la aparición de síntomas depresivos, los que se deben tomar en cuenta en el tratamiento.

**Palabras clave:** Síntomas depresivos; Lesión medular; Madres; Parálisis cerebral; Rasgos de personalidad.

### ABSTRACT

*Personality traits of mothers of children with disability tend to associate with depressive symptoms. Objective: To determine the relation between personality traits, social and demographic factors, the severity of children's disability and depressive symptoms among mothers of children with disability. Design: transversal. Method: After signing an informed consent form, 63 mothers mean aged 31.4 (19-56) whose children 35% had cerebral palsy, and 65% had spinal cord injury / SCI. Children from the "Teletón Children's Rehabilitation Centre" (Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente México, CRIT) aged 1 to 18, were individually tested for depressive symptoms through Beck's (BDI) and Gordon's personality traits. An additional scale (WeeFim) was used to evaluate their functional independence. Multiple linear regression analyses with depression level as the dependent variable were conducted to explore the relation of personality traits and sociodemographic factors as independent variables. Results: 76% of mothers presented symptoms of depression (>13 points). Percentile score of personality traits was low, especially self-esteem 10 points, ascendancy 17 points, responsibility 19 points. Average depression*

---

<sup>1</sup> Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Occidente, Copal 4575, Frac. Arboledas del Sur, 44980 Guadalajara, Jal., México, tel. (33)31-34-25-26, ext. 2638, correos electrónicos: blankarosa@live.com.mx, gcerda@teleton-occ.org.mx y acastellanos@teleton-occ.org.mx. Artículo recibido el 4 de septiembre de 2014 y aceptado el 6 de marzo de 2015.

in the Beck scale was  $20 \pm 9.5$  (0-44 points) and yielded negative correlations with such personality traits of mothers, like self-esteem, sociability, responsibility, emotional stability and originality. Being cautious correlated positively ( $p < .05$ ). Final analyses showed an increase in the SD of .0398 points derived from a decrease in self-esteem, 0.271 points for lower functional independence of the children and 0.234 points for each member of the family. Conclusion: Certain personality traits may contribute to depressive symptoms in mothers of children with disability and should be taken into consideration for their treatment.

**Key words:** Depression; Spinal cord injury; Mothers; Cerebral palsy; Personality traits.

El nacimiento de un hijo con discapacidad es un acontecimiento que impacta a los integrantes de la familia, especialmente a la madre al ser el cuidador primario, quien manifiesta una sensación constante y persistente de tristeza que la afecta directamente en su desempeño en las áreas laboral, social y emocional (George y Floyd, 2006).

La severidad del daño neurológico permanente del hijo, la dependencia funcional en actividades vitales y las múltiples complicaciones orgánicas de patologías como la parálisis cerebral (PC) (Bax, 2008) y la lesión medular (LM) (Sánchez y Castellanos, 2012) favorece la presencia de síntomas depresivos (SD en lo sucesivo) en sus madres. Ambas condiciones se convierten en estresores que, en combinación con los rasgos de personalidad (RP), generan reacciones emocionales negativas (Caspi et al., 2003) moduladas por el sistema serotoninérgico y reguladas por el gen 5-HTT (Hariri, et al., 2002).

La adecuada respuesta ante la llegada de un hijo con discapacidad es controlada y regida por la personalidad, que resulta de una historia única de transacciones entre los factores biológicos y contextuales de las madres, lo que garantiza su salud física y mental (Millon y David, 1998).

Aplicando la teoría de Millon, a las madres con RP desadaptativos —como el neuroticismo, la introversión y la dependencia interpersonal— se han asociado psicopatologías tales como la depresión

(Millon y David, 1998) debido a que enfrentan dificultades continuas con el hijo, en un ambiente sociodemográfico adverso y con una personalidad desadaptada, lo que tiene un efecto considerable en la severidad y recurrencia de SD (Lawenius y Veisson, 1995; Raina et al., 2005).

Al no encontrar madres con hijos con discapacidad anímicamente semejantes, se decidió investigar qué otros factores inherentes a las madres o sus contextos se correlacionaban con la depresión, de modo que se buscó determinar que RP, además de los factores sociodemográficos y los propios de la discapacidad del hijo, influyen para la ocurrencia de SD en las madres (Kronenberger y Thompson, 1992), en virtud de que la salud biopsicosocial es esencial en los programas multidisciplinarios del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente.

Para evaluar los RP hay diferentes escalas. Gordon Allport fue el primero en desarrollar un modelo para describir y medir dichos rasgos creando un perfil e inventario, seguido por Raymond Cattell y luego por Eysenck (1967), que estableció una teoría de personalidad basada en dos grandes rasgos: *neuroticismo*, que correlaciona de manera negativa con estabilidad emocional, y *extraversión*, que correlaciona positivamente con ascendencia y sociabilidad. La autoestima es la suma de la responsabilidad, la ascendencia, la estabilidad emocional y la sociabilidad, características que fueron evaluadas por Allport (cf. Gordon, 1994; Veisson, 2001).

## MÉTODO

### Participantes

El estudio, de corte transversal y con muestreo no probabilístico, se llevó a cabo en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente (México), previa autorización de la Comisión de Ética en Investigación y firma de un formato de consentimiento informado por las participantes, madres de niños de 1 a 4 años de edad con parálisis cerebral infantil severa, y de niños y jóvenes de 1 a 18 años con lesión medular secundaria a mielomeningocele.

## Instrumentos

*Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996).

Consta de 21 reactivos que se califican de 0 a 3 según la frecuencia y severidad del síntoma. La puntuación permite clasificar cuatro grupos: 0-13, valor de corte, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada, y 29-63, depresión grave.

*Perfil e Inventario de Personalidad de Gordon* (PIPG) (Gordon, 1994).

Consta de 38 reactivos, ha sido validado y posee dos atributos principales: el desarrollo a partir del análisis factorial y el uso de la técnica de elección forzosa.

El perfil y el inventario se conforman con grupos de cuatro frases descriptivas denominados “tétradas”, con cada uno de los cuatro rasgos de personalidad: dos considerados por los individuos típicos como igualmente favorables y dos como igualmente desfavorables.

Se pidió a las madres que en cada tétrada marcaran el reactivo que más se les asemejara (+) y el que menos se les asemejara (-). En cada grupo, la escala con la selección de más obtiene dos puntos, la que tiene selección de menos no obtendrá puntos, y cada una de las otras escalas con selecciones no marcadas obtendrá un punto; así, la suma de los puntos en las escalas en un grupo siempre será de 4; si el instrumento tiene dieciocho grupos, la suma de los puntos a través de todos los grupos siempre será de 72.

El *perfil* (PPG) se compone de cinco escalas: *Ascendencia* (A), donde puntuaciones altas caracterizan a individuos verbalmente dominantes, con papeles activos en los grupos, seguros de sí mismos y en sus relaciones. Por el otro lado, puntuaciones bajas son las que obtienen individuos pasivos, que tienden a escuchar más que a hablar, que carecen de autoconfianza y no toman la iniciativa. *Responsabilidad* (R). Los individuos con altas puntuaciones son perseverantes en el trabajo asignado, tenaces y confiables. Los que obtienen bajas puntuaciones son personas poco perseverantes cuando les disgustan las tareas asignadas, inestables e irresponsables. *Estabilidad emocional* (E), donde puntuaciones altas caracterizan a individuos es-

tables emocionalmente, relativamente libres de preocupaciones, ansiedad y tensión nerviosa; las puntuaciones bajas implican a individuos con ansiedad excesiva, hipersensibles, nerviosos, con baja tolerancia a la frustración y ajuste emocional deficiente. *Sociabilidad* (S), donde puntuaciones altas describen a individuos que gustan de estar y trabajar con otras personas; puntuaciones bajas implican a sujetos que restringen sus contactos sociales o muestran una franca evitación de las relaciones sociales. La *Autoestima* (AE) resulta de la suma de las cuatro escalas anteriores y representa un conjunto de características identificadas como componentes de la autoestima desde el punto de vista clínico.

Por otra parte, el *inventario* (IPG) contiene cuatro escalas: *Cautela* (C), donde las puntuaciones altas describen a individuos muy cuidadosos en la toma de decisiones, que no dejan las cosas al azar y que no corren riesgos; las bajas caracterizan a individuos precipitados y que buscan emociones al correr riesgos. *Originalidad* (O), donde las puntuaciones altas las obtienen individuos a quienes gusta trabajar en problemas difíciles, intelectualmente curiosos, que disfrutan de las preguntas y discusiones que conducen a reflexionar y a pensar en nuevas ideas; las puntuaciones bajas describen a individuos a quienes disgusta trabajar en problemas difíciles o complicados o adquirir conocimientos; les desagradan preguntas o discusiones que obliguen a reflexionar. *Relaciones personales* (P), donde puntuaciones altas implican a individuos que tienen fe y confianza en la gente y son tolerantes, pacientes y comprensivos; las bajas ilustran a individuos faltos de confianza y fe en las personas, que tienden a criticarlas y a enojarse e irritarse por lo que hacen los demás. *Vigor* (V), donde puntuaciones altas caracterizan a individuos poseedores de vitalidad y energía, que se mueven con rapidez y que hacen más que la persona promedio; las puntuaciones bajas describen a sujetos bajos de vitalidad y energía, de ritmo lento, que se cansan fácilmente, y que en términos de rendimiento y productividad se colocan por debajo del nivel promedio.

Al efecto, se usaron normas percentilares estadounidenses de mujeres adultas, amas de casa, sin tomar en cuenta su nivel educativo ni ocupación (Gordon, 1994). La confiabilidad reportada del

BDI-II, el PPG y el IPG va de 0.82 a 0.88. En la presente muestra, el coeficiente alfa de Cronbach para la escala de depresión fue de 0.88, y para la de rasgos de personalidad de 0.75.

Además, un médico rehabilitador certificado evaluó la severidad de la discapacidad del niño con la Escala de Funcionalidad WeeFim; cada elemento se midió con una subescala ordinal de siete niveles, que van desde la independencia completa (nivel 7) hasta la ayuda total (nivel 1). La puntuación total de los 18 elementos puede ir de 18 a 126. El desempeño funcional cotidiano se evalúa a través del *Cuidado personal* (seis elementos de cuidado personal y dos de control de esfínteres), *Movilidad* (tres elementos de traslado y dos de locomoción) y *Cognición* (dos elementos de comunicación y tres de cognición social). Se calculó el coeficiente del porcentaje alcanzado con respecto al esperado para la edad. Se estratificó en cuartiles, donde la funcionalidad menor a 25% implica dependencia total de un cuidador; de 25 a 49%, ayuda máxima; de 50 a 74, ayuda moderada, y por arriba de 75%, ayuda mínima o solo supervisión.

### Análisis de datos

Se describieron las variables de interés, examinándose las diferencias entre los grupos mediante las pruebas de  $\chi^2$  y exacta de Fisher en las variables categóricas, y con ANOVA de una vía para las continuas. Las diferencias en las puntuaciones de los SD y las variables de interés en estratos se examinaron mediante una prueba de Kruskal-Wallis; estas categorías se basaron en los cuartiles 25, 50 y 75 de los datos; los valores de  $p < 0.05$  se consideraron significativos. Las diferencias en las puntuaciones de los SD se estimaron mediante un análisis de varianza para valorar el efecto de las variables respecto a las características maternas, como rasgos de personalidad, edad, escolaridad, ingreso económico en el hogar, tipo de familia e integrantes por familia, así como las características del hijo con discapacidad, como diagnóstico según la clínica que da la atención en rehabilitación, edad y severidad de la discapacidad, que se evaluó con la Escala de Funcionalidad WeeFim. Se hizo una regresión lineal simple con todas las

variables. Las variables que tuvieron significancia estadística de  $p < 0.05$  fueron probadas a través de un análisis de regresión lineal multivariada, quedando así un modelo final; en cuanto a la pertinencia de dicho modelo, se probó con una razón de F; en lo que atañe a los valores de  $p$  estimados, se consideraron probados cuando fueron significativos ( $p < 0.05$ ). Todo lo anterior se analizó empleando el programa estadístico SPSS, versión 21.

### Procedimiento

Las madres fueron evaluadas en una entrevista cara a cara por el equipo médico que hizo la historia clínica de los menores, descartándose en ellas enfermedades crónicas o terminales o algún tipo de psicopatología. Además de la entrevista, se obtuvieron los siguientes datos sociodemográficos: nivel de escolaridad materna, ingreso familiar, número de integrantes por familia y tipo de familia: nuclear cuando en el hogar se encontraba constituido por padre, madre e hijos, y extensa cuando en el hogar se convivía con otros familiares. Las madres contestaron individualmente ante el psicoterapeuta el BDI-II, y asimismo completaron de manera individual el PIPG.

### RESULTADOS

Se estudió a las madres de 22 niños con diagnóstico de PC severa y de 41 con LM. En los grupos no hubo diferencias significativas en cuanto a rasgos de personalidad ni variables sociodemográficas tales como edad de la madre, escolaridad, ingreso familiar o estructura familiar. Sin embargo, entre los niños con PC y LM sí hubo tales diferencias en términos del promedio de edad (3.5 y 5.6, respectivamente), en el porcentaje de independencia funcional WeeFim (23/66), cuidado personal (27/65), movilidad alcanzada (17/55) y cognición (26/85) ( $p < 0.05$ ) (Tabla 1).

La diferente puntuación de SD maternos se observó únicamente en las variables sociodemográficas de integrantes por familia y de diagnóstico de severidad de la discapacidad del hijo ( $p = 0.02$ ) (Tabla 2).

**Tabla 1.** Características demográficas de las madres y de sus hijos con discapacidad.

CARACTERÍSTICAS	Media ± desviación estándar		p*
	PC (n = 22)	LM (n = 41)	
<b>Características maternas</b>			
Edad en años	29.41 ± 6.6	32.32 ± 8.2	0.159
Ingreso familiar mensual en pesos <sup>2</sup>	4,533 ± 1,932	4,653 ± 1,894	0.812
Integrantes por familia (núm. de personas)	6 ± 2.5	5 ± 1.5	0.083
Tipo de familia (nuclear/extensa)	8/14	7/34	0.083**
Escolaridad en años	8.4 ± 3.2	9.2 ± 2.9	0.302
<b>Características del hijo con discapacidad</b>			
Edad en años	3.5 ± 0.68	5.6 ± 4	0.021
Cuidado personal	27.3 ± 14.7	65.17 ± 20	< 0.001
Movilidad	17.4 ± 5.1	55.1 ± 28.44	< 0.001
Cognición	26.16 ± 11.78	85.33 ± 22.93	< 0.001
Total Weefim	23.73 ± 9.9	66.71 ± 20.75	< 0.001
<b>Personalidad materna PB</b>			
Ascendencia	15.68 ± 2.1	14.85 ± 2.6	0.209
Responsabilidad	21.72 ± 3.2	21.14 ± 3.4	0.522
Estabilidad emocional	18.54 ± 2.9	18.63 ± 2.2	0.894
Sociabilidad	18.5 ± 3	18 ± 3.1	0.542
Autoestima	74.45 ± 7.3	72.63 ± 7.6	0.364
Cautela	20.54 ± 2.2	20.53 ± 3	0.99
Originalidad	19.63 ± 2.7	20 ± 3.3	0.663
Relaciones personales	20.77 ± 3.2	20.9 ± 2.5	0.862
Vigor	20.54 ± 2.5	20.82 ± 2.8	0.697

\*Basado en una prueba de ANOVA de una sola vía

\*\*Basado en una prueba  $\chi^2$  y exacta de Fisher para diferencia de proporciones de dos muestras correlacionadas.

**Tabla 2.** Comparación de puntuación de síntomas depresivos maternos y características demográficas de madres y niños con discapacidad (N = 63).

CARACTERÍSTICAS	N (%)	Puntuación de síntomas depresivos mediana/rango IQ	Sig. *
<b>Edad materna promedio años: 31 ± 7.8 (19 a 56)</b>			
19-25 años	16 (25.40)	25 ± 12.5	0.349
26-35 años	29 (46.03)	17.5 ± 14.5	
36-56 años	18 (28.57)	18.5 ± 14.8	
<b>Ingreso familiar mensual: promedio pesos: \$ 4,611 ± 1,893 (1,140-9,000)</b>			
1140-3000	8 (12.70)	21 ± 15.5	0.237
3001-5000	34 (53.97)	19 ± 17.5	
5001-9000	21 (33.33)	18 ± 10.5	
<b>Integrantes de la familia: promedio personas ± 2 (2-12)</b>			
2-3 personas	9 (14.29)	19 ± 16	0.029
4-5 personas	31 (49.21)	16.5 ± 14.8	
6-12 personas	23 (35.51)	22 ± 12.5	
<b>Tipo de familia</b>			
Extensa	15 (23.81)	21 ± 11	0.139
Nuclear	48 (76.19)	18 ± 15.5	

Continúa...

<sup>2</sup> A un tipo de cambio aproximado de trece pesos por dólar.

<b>Escolaridad</b>			
Ninguna	2 (3.17)	22 ±	0.350
Primaria	16 (25.40)	22.5 ± 15.3	
Secundaria	26 (41.27)	21 ± 13	
Preparatoria	15 (23.81)	11 ± 11.3	
Licenciatura	4 (6.35)	18 ± 17.8	
<b>Diagnóstico del menor</b>			
Parálisis cerebral	22 (34.92)	25 ± 11.5	0.026
Lesión medular	41 (65.08)	17 ± 12.5	
1-4 años	44 (69.84)	20.86 ± 9.1	0.185
5-18 años	19 (30.16)	17.84 ± 9.9	

\*Basado en una prueba de Kruskal-Wallis.

La mediana de puntuación en SD fue de 20 puntos  $\pm$  9.5 (0-44) y 76% de la muestra obtuvo más de 13 puntos, valor de corte que califica como sintomatología de depresión leve. La puntuación más alta la presentó el grupo de madres de hijos con PC ( $25 \pm 11.5$ ), comparada con LM ( $17 \pm 12.5$ )

( $p = 0.026$ ). Se observó que los síntomas afectivos marcaban la diferencia en las madres de los niños con PC; sin embargo, los síntomas cognitivos y somáticos no difirieron en su mayoría en ambos grupos (Tabla 3).

**Tabla 3.** Comparación de la presencia de síntomas depresivos en madres de los dos grupos de pacientes con discapacidad.

SÍNTOMAS	Casos madres de hijos con PCI (n = 22)	Casos madres de hijos con LM (n = 41)	p*
	n (%)	n (%)	
<b>Depresión total</b>	21 (91)	27 (67)	<b>0.033</b>
<b>Afectivos</b>			
Tristeza	21 (91)	27 (67)	<b>0.033</b>
Llanto	22 (96)	30 (75)	<b>0.038</b>
Pesimismo	17 (73)	17 (42)	<b>0.015</b>
Pérdida de placer	21 (91)	27 (67)	<b>0.033</b>
Pérdida de interés	22 (96)	24 (60)	<b>0.002</b>
<b>Cognitivos</b>			
Fracaso	13 (56)	16 (40)	0.205
Sentimientos de culpa	17 (73)	28 (70)	0.741
Sentimientos de castigo	8 (35)	12 (30)	0.695
Disconformidad con uno mismo	20 (87)	19 (47)	<b>0.002</b>
Desvalorización	12 (52)	17 (42)	0.458
Autocrítica	20 (87)	28 (70)	0.128
Pensamientos o ideas suicidas	6 (26)	12 (30)	0.741
Indecisión	17 (73)	27 (67)	0.593
<b>Somáticos</b>			
Agitación	18 (78)	29 (72)	0.613
Pérdida de energía	20 (87)	32 (80)	0.484
Cambios en los hábitos de sueño	18 (78)	29 (72)	0.613
Irritabilidad	17 (73)	25 (62)	0.355
Cambios en el apetito	17 (73)	31 (77)	0.748
Dificultad de concentración	22 (96)	28 (70)	<b>0.015</b>
Cansancio o fatiga	20 (87)	30 (75)	0.259
Pérdida de interés en el sexo	15 (65)	25 (62)	0.829

\* Basado en una prueba  $\chi^2$  y exacta de Fisher para diferencia de proporciones de dos muestras correlacionadas.

Al hacerse una estimación de la relación bivariada de las madres respecto a las variables en estudio, se encontró que los SD aumentaron 0.378 puntos con cada disminución de la puntuación de los RP de autoestima, así como 0.325 puntos con disminución de la sociabilidad, y 0.275 con menor responsabilidad. Mayor cautela incrementó en 0.258 la puntuación de SD ( $p < 0.05$ ). En cuanto a la independencia funcional, se apreció un incremento de 0.312 puntos de los SD por cada pérdida por-

centual en el autocuidado personal del niño, y de 0.305 puntos por la disminución de la cognición y la funcionalidad total evaluada. En cuanto a las variables sociodemográficas, hubo un incremento de 0.288 puntos en SD por cada integrante en la familia ( $p < 0.05$ ). Las demás características evaluadas no mostraron una relación lineal. Todas las variables que tuvieron significancia estadística en la regresión bivariada fueron modeladas en una regresión lineal múltiple (Tabla 4).

**Tabla 4.** Puntuación de síntomas depresivos relacionados con rasgos de personalidad y factores sociodemográficos. Resultados de la regresión lineal simple.

FACTORES	Coefficiente $\beta$	Error estándar	IC 95%	$p^{**}$
<b>Personalidad materna, puntuación bruta</b>				
Ascendencia	-0.134	0.483	(-1.47, 0.45)	0.295
Responsabilidad PB	-0.275	0.342	(- 1.45, - 0.081)	0.029
Estabilidad emocional	-0.232	0.471	(- 1.75, 0.065)	0.067
Sociabilidad	-0.325	0.373	(- 1.81, - 0.25)	0.009
Cautela	0.258	0.423	(0.037, 1.72)	0.041
Originalidad	-0.229	0.377	(- 1.44, 0.06)	0.071
Relaciones personales	0.134	0.429	(- 0.40, 1.3)	0.296
Vitalidad	-0.084	0.442	(- 1.17, 0.59)	0.513
Autoestima	-0.378	0.149	(- 0.77, - 0.17)	0.002
<b>Características del niño</b>				
Edad del niño	0.134	0.353	(- 1.1, 0.34)	0.306
Diagnóstico del niño	0.263	2.427	(- 10.17, 0.32)	0.037
Weefim	-0.306	0.043	(- 0.19, - 0.02)	0.015
% Cuidado personal alcanzado	-0.312	0.045	(- 0.20, - 0.025)	0.013
% Movilidad alcanzada	-0.229	0.040	(- 0.15, - 0.007)	0.071
% Cognición alcanzada	-0.305	0.033	(- 0.15, - 0.017)	0.015
<b>Características de la madre</b>				
Edad de la madre	-0.126	0.154	(- 0.002, 1.56)	0.326
Ingreso familiar	-0.142	0.001	(- 0.002, - 0.001)	0.268
Integrantes en la familia	0.288	0.581	(.20, 2.52)	0.022
Estructura familiar	-0.170	2.775	(- 9.28, 1.81)	0.183
Escolaridad	-0.218	1.265	(- 4.74, 0.325)	0.086

\*\* Estadísticamente significativo ( $< 0.05$ ).

IC 95%: intervalo de confianza a 95%.

El modelo final mostró ser significativo ( $p \leq 0.001$ ). En él, se apreció un aumento de los SD con el mayor peso de 0.398 puntos; la disminución del RP de autoestima, que es la suma de ascendencia, responsabilidad, estabilidad emocional y sociabilidad,

y la disminución de la independencia funcional total también aumentaron los SD 0.271 puntos y, en último lugar, cada aumento de un integrante por familia los aumentó 0.234 (Tabla 5).

**Tabla 5.** Puntuación de síntomas depresivos maternos relacionados con rasgos de personalidad y factores sociodemográficos. Resultados de la regresión lineal multivariada.

	<b>Coefficiente <math>\beta</math></b>	<b>Error estándar</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Constante	55.691	10.833	(34, 77.4)	0.000
Autoestima	-0.398	0.137	(-0.77, -0.226)	0.001*
Weefim	-0.271	0.039	(-0.174, -0.016)	0.019*
Integrantes en la familia	0.234	0.532	(.044, 2.17)	0.041*

*Nota:* La significancia del modelo final fue evaluada mediante una razón de  $F = 8.467$ , significancia  $< .001$ .

\* Estadísticamente significativo ( $< 0.05$ ).

## DISCUSIÓN

Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos en madres de hijos con discapacidad (73%) en relación con la población general mexicana (9.2%) y con la del estado de Jalisco (8.2%) (Belló, Puentes, Medina-Mora y Lozano, 2005; Medina-Mora, Borges, Benjet, Lar y Berglund, 2007).

Hubo una diferencia significativa en dichos síntomas con las variables de severidad de la discapacidad y número de integrantes por familia, comparado con lo reportado en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (Fleiz et al., 2012), donde la edad, el estado civil y un menor nivel educativo se marcan como factores de riesgo para los mismos.

Las madres de niños con parálisis cerebral que han tenido menos tiempo para adaptarse a la discapacidad de un hijo que depende totalmente de ellas para las funciones de alimentación y cuidado, con comorbilidades de mal pronóstico, muestran con mayor frecuencia síntomas afectivos comparados con el grupo de madres de niños con lesión medular, lo que coincide con lo reportado en los estudios de Drotar, Baskiewicz e Irvin (1975) y Fonseca, Nazaré y Canavarró, (2011). Sin embargo los síntomas cognitivos de la depresión (neuropsicológicos) y somáticos son similares en ambos grupos de madres, teniendo como una posible explicación biológica la modulación de las reacciones emocionales ante las experiencias no gratas debidas a la discapacidad del hijo (Clark, Watson y Mineka, 1994; Middeldorp et al., 2011).

La personalidad de estas mujeres se caracteriza por una baja extraversión, relacionada con niveles subóptimos de sociabilidad y ascendencia,

alto neuroticismo e inestabilidad emocional y ánimo deprimido, lo que correlacionó negativamente con los síntomas depresivos de manera significativa, lo que ya han sugerido otros estudios (cf. Veisson, 1998).

Las elevadas puntuaciones en la variable de cautela exhibidas por ellas podrían reflejar un temor a equivocarse; de hecho, se ha descrito que estas personas dependen de las opiniones ajenas, no corren riesgos y evitan hacer cambios necesarios en su proceso emocional, lo que genera un aprendizaje inadecuado y dificulta el proceso de rehabilitación integral del niño y de la familia (Enns y Cox, 1997; Veisson, 2004).

El pobre soporte social para las madres cuidadoras principales del niño con discapacidad se reflejó en las familias no nucleares y en el número de integrantes por familia, que influyeron negativamente en los síntomas depresivos; un efecto contrario tiene el soporte centrado en la familia basado en los servicios otorgados por profesionales a los padres según sus necesidades, que ha demostrado ser un predictor significativo del progreso del menor (Dempsey, Keen, Pennell, Neilands y O'Reilly, 2009; Johnson y Krueger, 2005; Nuñez, 2003).

En conclusión, algunos rasgos de personalidad pueden contribuir a la discapacidad del hijo, y además a la aparición de síntomas depresivos, lo que se debe tomar en cuenta en el tratamiento de las madres debido a que su salud biopsicosocial es muy importante en el programa multidisciplinario del niño en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente.

Los resultados del presente estudio deben examinarse teniendo en cuenta, como principales limitaciones, la muestra no probabilística y su ta-

maño. No se cuenta con una comparación estandarizada de los rasgos de personalidad mexicana con la escala de Gordon.

## REFERENCIAS

- Bax, M.X. (2008). Terminology and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(3), 295-307.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory: Second edition manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica de México*, 47(1), S4-S11.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T., Taylor, A., Craig, I.W., Harrington, H. y Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389.
- Clark, L.A., Watson, D. y Mineka, S. (1994). Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D., Neilands, J. y O'Reilly, J. (2009). Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30(3), 558-566.
- Drotar, D., Baskiewicz, A. e Irvin, N.A. (1975). The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics*, 56(6), 710-717.
- Enns, N.W. y Cox, B.J. (1997). Personality dimensions and depression: Review and comentary. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(3), 274-284.
- Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, MA: Thomas Publisher.
- Fleiz C., B., Villatoro J., V., Medina-Mora, M.E., Moreno M., L., Gutiérrez M., L. y Oliva N., R. (2012, December). Sociodemographic and personal factors related to depressive in the Mexican population aged 12 to 65. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 395-404.
- Fonseca, A., Nazaré, B. y Canavarró, M. (2011). Patterns of parental emotional reactions after a pre- or postnatal diagnosis of a congenital anomaly. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 320-333.
- George, H.S. y Floyd, F. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *American Journal Mental Retard*, 111(3), 155-169.
- Gordon, L. (1994). *Perfil-Inventario de la Personalidad*. México: El Manual Moderno.
- Hariri, A.R., Mattay, V.S., Tessitore, A., Kolachana, B., Fera, F. y Goldman, D. (2002). Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science*, 297(5580), 400-403.
- Johnson, W. y Krueger, R. (2005). Predictors of physical health: Toward an integrated model of genetic and environmental antecedents. *Journal of Gerontology*, Special Issue I, 42-52.
- Kronenberger, W.G. y Thompson, R.J. (1992). Psychological adaptation of mothers of children with spina bifida: association with dimensions of social relationships. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 1-14.
- Lawenius, M. y Veisson, M. (1995, 12). Personality and self-esteem in parents of disabled children: a comparison between Estonia and Sweden. *Social Behavior and Personality*, 24(2), 195-204.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. y Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, June, 190, 521-528.
- Middeldorp, C.M., de Moor, M., Blackwood, D., Costa, P., Terracciano, A., Krueger, R. y Stephan, A. (2011). The genetic association between personality and major depression or bipolar disorder. A polygenic score analysis using genome-wide association data. *Translational Psychiatry*, October, 10(1), e50.
- Millon, T. y David, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Nuñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Archivo Argentino de Pediatría*, 101(2), 233-142.
- Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S.D., y Russell, S. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 115(6), 626-636.
- Sánchez, B. y Castellanos, A. (2012). Terapia grupal a madres depresivas de niños con mielomeningocele en rehabilitación. *Revista Electrónica de Psicología*, 15(1), 3-12.

- Veisson, M. (1998). Depression symptoms and emotional states in parents of disabled and non-disabled children. *Social Behavior and Personality*, 27(1), 87-97.
- Veisson, M. (2001). Parents of disabled children: Personality traits. *Social Behavior and Personality*, January, 29(6), 581-592.
- Veisson, M. (2004). Depression symptoms and personality traits in parents of intellectually disabled and non-disabled children. En F. H. Columbus y S. P. Shohov (Eds.): *Advances in Psychology Research* (v. 32, pp. 3-40). New York: Nova Science Publishers.