

■ Enfermedad crónica pediátrica: estudio comparativo de los niveles de ansiedad, depresión y autoestima

Laura Lacomba-Trejo, Selene Valero-Moreno, Sara Casaña-Granell, Marián Pérez-Marín, & Inmaculada Montoya-Castilla

Universidad de Valencia, España

Resumen

Los adolescentes con una enfermedad crónica (EC), tales como son el asma bronquial, la Diabetes Mellitus Tipo 1 o la Talla Baja, deben adaptarse al desafío que supone este diagnóstico en esta etapa vital de grandes cambios, lo que puede contribuir a la aparición de dificultades emocionales y repercutir en su autoestima. Los objetivos del presente estudio fueron analizar los niveles de sintomatología ansiosa-depresiva y autoestima de la muestra total y de cada una de las enfermedades estudiadas, observar las relaciones existentes entre las variables analizadas y establecer diferencias en función del diagnóstico. La muestra estuvo constituida por 248 pacientes pediátricos con EC. Se utilizaron instrumentos específicos para evaluar la clínica psicológica emocional (Hamilton Anxiety and Depression Scale, HADS) y el nivel de autoestima (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES). Los resultados mostraron que un tercio de los pacientes pediátricos presentaron sintomatología ansiosa y un 27% bajos niveles de autoestima. Los pacientes asmáticos fueron quienes tuvieron menor autoestima, además en la muestra total son los chicos los que presentaron mejor autoestima. La sintomatología emocional se relaciona negativa y significativamente con la autoestima. La edad del paciente se asoció negativamente con los niveles de ansiedad y autoestima mostrados por estos pacientes. De esta manera, se concluye que la enfermedad en sí misma no conlleva presencia de malestar emocional y la autoestima funciona como factor de protección. Es necesario realizar un abordaje físico y psicológico de la enfermedad para detectar aquellos casos que presenten un mal ajuste y poder proporcionarles una intervención psicológica temprana.

Palabras clave: asma bronquial; diabetes mellitus tipo 1; talla baja; malestar emocional; autoestima.

Abstract

Chronic pediatric disease: A comparative study of anxiety, depression and self-esteem levels. Adolescents with a chronic disease (CD), such as bronchial asthma, Diabetes Mellitus Type 1 or short stature, should adapt to the challenge of the diagnosis in this vital stage of important changes, which can contribute to the emergence of emotional difficulties and impact their self-esteem. The aims of the present study were to analyze the levels of the anxious-depressive symptomatology and self-esteem of the total sample and for each of the diseases studied, to observe the relationships between the variables analyzed and to establish differences depending on the diagnosis. The sample was composed of 248 pediatric patients with CD. Specific instruments were used to evaluate the emotional psychological clinic (Hamilton Anxiety and Depression Scale, HADS) and self-esteem (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES). The results showed that one-third of pediatric patients presented symptoms of anxiety and 27% low levels of self-esteem. Asthmatic patients were those who had lower self-esteem, and in the total sample are the boys who presented better self-esteem. The emotional symptomatology is negatively and significantly related to self-esteem. The patient's age was negatively associated with anxiety and self-esteem shown by these patients. In this way, it is concluded that the disease itself does not involve the presence of emotional distress and self-esteem functions as a protective factor. A physical and psychological approach to disease is necessary to detect those cases that are poorly adjusted and provide early psychological intervention.

Keywords: bronchial asthma; diabetes mellitus type 1; low height; emotional distress; self-esteem.

La adolescencia se define como la etapa de desarrollo vital, comprendida entre los 10 y los 19 años (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2005), que representa la transición entre la infancia y la adultez

y que se caracteriza por multitud de cambios a nivel biopsicosocial (Barra, Cerna, Kramm, & Véliz, 2004). A pesar de ser un proceso de crecimiento físico y personal, en lo referente a la competencia cogni-

Correspondencia:

Inmaculada Montoya-Castilla.

Departamento de Personalidad, Intervención y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Avenida Blasco Ibáñez, 21, 46010, Valencia, España.

E.mail: inmaculada.montoya@uv.es

tiva, social, la autonomía, autoestima e intimidad (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012), puede convertirse en una etapa llena de complicaciones. Si se le une el diagnóstico o la presencia de una enfermedad crónica (EC), puede dificultarse más aún la adaptación del adolescente (Gómez-Rico, Pérez-Marín, & Montoya-Castilla, 2014; Pérez-Marín, Gómez-Rico, & Montoya-Castilla, 2015).

La OMS (2017) define las enfermedades crónicas como “*enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta*”. Entre las principales EC infanto-juveniles se encuentran las respiratorias y las endocrinas, destacando el asma bronquial, la Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) y la Talla Baja (TB) (Alith et al., 2014; Chueca, Berrede, & Oyarzábal, 2008). El diagnóstico de una EC supone un gran ajuste de los hábitos de vida (Chamorro, Martínez, & Tomás, 2002). Aunque es posible que el paciente pediátrico y su familia se centren más en la dimensión física de la salud que en la psicológica, esta puede verse afectada (Pérez-Marín et al., 2015; Quitmann, Bullinger, Sommer, Rohenkohl, & Da Silva, 2016), considerándose que la presencia de una EC es un factor de riesgo para desarrollar un trastorno mental, destacando la ansiedad y la depresión (Glazebrook, Hollis, Heussler, Goodman, & Coates, 2003). Asimismo, la sintomatología emocional actúa como un agravante de la enfermedad, siendo capaz de complicar su tratamiento y pronóstico (Chávez, 2012).

La psicopatología más común en la EC infanto-juvenil, en concreto en el asma bronquial, la DM1 y la TB, es la emocional, destacando los síntomas ansiosos, seguidos de los depresivos e incluso los trastornos de ansiedad y la depresión mayor (Pérez-Marín et al., 2015; Quitmann et al., 2016). Así, en lo que hace referencia a los adolescentes asmáticos, la sintomatología emocional es incluso más habitual que en los pacientes adultos, posiblemente por las dificultades que encuentran los niños para expresar y describir su angustia emocional (Glazebrook et al., 2003). La sintomatología ansiosa puede ser muy intensa (Chávez, 2012), y se ve favorecida por el miedo a morir, a los procedimientos médicos y/o al dolor, así como, por la ansiedad social ante el manejo de la enfermedad en público y por las limitaciones o el fracaso en el deporte (Rietveld, Van Beest, & Prins, 2005). Además, tienen mayores consecuencias psicológicas y sociales que los pacientes con otras patologías como la diabetes, entre otras (Rubio, Pérez, Conde, & Blanco, 2010).

En el caso de los adolescentes con DM1, la sintomatología ansiosa se ve favorecida por la incertidumbre de no saber cómo la enfermedad va a influir en su vida futura (Peralta, 2007). Ahora bien, algunos trabajos ponen de manifiesto que las dificultades pueden ser propias de los primeros años (Chamorro et al., 2002) después del diagnóstico (siendo esto un aspecto normativo en la adaptación a la enfermedad crónica), observándose mayor problemática en los adultos que en adolescentes y niños (De Ornelas, Azevedo, Brouwers, Egídio, & Cardoso, 2012), a diferencia de lo que sucedía con el asma (Glazebrook et al., 2003).

Por otra parte, la TB es la condición en la que se encuentra un niño cuando tiene una altura inferior al percentil 3 o menor a -2 desviaciones estándar (DE) para la media de la población de referencia en igual edad y sexo (Diago et al., 2006), y puede generar malestar emocional en el adolescente, ya que desafortunadamente, la imagen corporal puede condicionar nuestro funcionamiento social y la respuesta de los demás ante éste (Ulph, Betts, Mulligan, & Stratford, 2004).

Además de lo anterior, los adolescentes con EC tienen que enfrentarse a mayores desafíos de los habituales en el desarrollo normativo, por lo que su autoestima cobra una mayor importancia. De hecho, las EC suponen un riesgo para la autoestima (Pinquart, 2013), y del mismo modo, la presencia de alta autoestima puede considerarse una variable protectora que facilita la adaptación a la enfermedad, disminuyendo el sufrimiento y la aparición de complicaciones (Bilbao-Cer-

cós et al., 2014). La autoestima es un aspecto esencial en la clínica de diversos cuadros psicopatológicos (como la ansiedad y depresión), y se encuentra asociada con el bienestar psicológico (Vázquez, Vázquez-Morejón, & Bellido, 2013). Por ello, se considera un buen predictor del grado de ajuste psicológico en la adolescencia y adultez (Oliva, Parra, Sánchez-Queija, & López, 2007).

Se ha observado cómo la autoestima se ve disminuida en los adolescentes con asma (Margalit & Margalit, 1982), DM1 (Bilbao-Cercós et al., 2014) o TB (Gordon, Crouthamel, Post, & Richman, 1982). En este sentido, son los adolescentes con asma los que peores niveles muestran (Padur et al., 1995), observándose que los valores más elevados los obtienen los adolescentes con TB (Kiliç, Ergür, & Öcal, 2005).

Por todo lo anterior, se señala como mejor opción, en la intervención en las EC, la combinación de tratamiento médico y psicológico para la adherencia al tratamiento (Mora, Beléndez, Giralt, Ballester, & Zapata, 2008). Esto es fundamental, más aún si se tiene en cuenta que la presencia de sintomatología emocional (ansiosa-depresiva) y la baja autoestima, pueden afectar a la adaptación del paciente a la enfermedad y al tratamiento (Schneider et al., 2009), aumentando la probabilidad de sufrir complicaciones médicas. Es por ello que el presente estudio tiene 3 objetivos principalmente: (1) describir los niveles ansiedad, depresión y autoestima en pacientes pediátricos con asma bronquial, DM1, y talla baja, (2) analizar la presencia de asociaciones entre las variables y (3) comparar la presencia de dichas variables en las diferentes muestras.

Método

Participantes

Forman parte de la investigación 248 pacientes pediátricos de 12-16 años ($M = 13.51$; $DT = 1.21$), de los cuales el 58.90% eran chicos ($n = 146$), un análisis más detallado puede encontrarse en la Tabla 2. El 30.60% ($n = 76$) tenía asma bronquial, el 30.60% ($n = 76$) DM1 y el 38.70% ($n = 96$) TB. Todos ellos procedentes de la Unidad de Neumología Pediátrica del Hospital Clínico Universitario de Valencia (HUCV), la Unidad de Endocrinología Pediátrica del HUCV, del Hospital Universitario Politécnico de la Fe o del Consorcio Hospital General Universitario, en España. En seguimiento durante 2015-2017, cumplían los criterios de inclusión y firmaron (junto a sus padres o tutores) el consentimiento informado. Los criterios de inclusión fueron: pacientes entre 12-16 años de edad, que presentaban una enfermedad crónica (como asma bronquial, DM1 o TB) diagnosticada al menos 6 meses antes. Se consideraron como criterios de exclusión pacientes con: a) parálisis cerebral infantil, b) tumor cerebral, c) diagnóstico psicológico previo al inicio de la enfermedad o d) actual.

Instrumentos

La *sintomatología ansiosa y depresiva* se evaluó a través del Hospital Anxiety and Depression (HADS; Zigmond & Snaith, 1983), instrumento de screening que evalúa principalmente la clínica cognitiva frente a la somática (Castresana, Pérez, & Rivera, 1995), siendo este aspecto especialmente relevante en estudios cuyos sujetos cursan con un diagnóstico médico significativo. Se divide en dos escalas que evalúan: la presencia de síntomas de ansiedad (7 ítems) y de depresión (7 ítems). Recoge también una medida general de Malestar emocional. Estudios sobre sus propiedades psicométricas en la población española han mostrado valores adecuados (Caro & Ibáñez, 1992). En nuestra muestra se encuentran puntuaciones adecuadas, sobre todo en sintomatología ansiosa (Tabla 1).

La *autoestima* se evaluó a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES; Rosenberg, 1965) adaptada por Atienza, Moreno, y Balaguer (2000). Está compuesta por 10 ítems de tipo Likert (1 a 4) que dan lugar a una valoración de autoestima global, que puede oscilar de 10 a 40 puntos. La puntuación total de la escala se obtiene sumando la puntuación de cada uno de los ítems, teniendo en cuenta los ítems invertidos. Puntuaciones iguales o inferiores a 25 indicarían una autoestima baja, de 26-29 media y superiores o iguales a 30, alta. En cuanto a las propiedades psicométricas en estudios españoles sobre adolescentes, encontramos adecuados índices de consistencia interna (Atienza et al., 2000). En nuestra muestra se observan valores en alfa de Cronbach apropiados (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis de consistencia interna, alfa de Cronbach

Muestra	Ansiedad	Depresión	Autoestima
Pacientes pediátricos	.70	.61	.80
Asma Bronquial	.73	.58	.81
Diabetes	.75	.53	.82
Talla Baja	.76	.65	.76

Procedimiento

Diseño transversal en el que la evaluación se realiza en un único momento temporal coincidente con la visita del paciente a la consulta de pediatría correspondiente. Tras la firma del consentimiento informado, el psicólogo entrenado administró los cuestionarios a cada uno de los pacientes asegurando la confidencialidad. El trabajo cuenta con el aval de los Comités de Ética de las entidades participantes en el estudio.

Análisis estadísticos

El estudio de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS v.22, mediante análisis descriptivos, pruebas chi-cuadrado, pruebas *t* para muestras independientes con *d* de Cohen para el cálculo del tamaño del efecto (TE). Según Cohen (1988) se consideran valores pequeños de tamaño del efecto aquellos $\approx .20$, medios $\approx .50$ y altos $\approx .80$. Se realizaron ANOVAs de un factor, utilizando pruebas post-hoc de Tukey, ya que se asumió la igualdad de varianzas, y se calculó eta cuadrado parcial para el TE, considerándose TE bajos los $\approx .02$, medios $\approx .15$ y altos $\approx .35$ (Cohen, 1988). Por último, llevamos a cabo correlaciones de Pearson.

Resultados

Análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y clínicas del paciente pediátrico

Análisis de interdependencia de sexo y edad entre las muestras

Tabla 2. Análisis descriptivo de sexo y edad en las muestras

Variable	Categoría	Asma Bronquial	Diabetes	Talla Baja
Sexo	Hombre	38	43	65
	Mujer	38	33	31
Edad	12	22	20	24
	13	17	14	27
	14	16	32	24
	15	14	9	13
	16	7	1	8

Analizamos los datos con una prueba chi-cuadrado que mostró que no existían diferencias significativas entre las muestras en la repartición de los sexos ($\chi^2 = 5.73, p = .05$). Realizamos un ANOVA inter mediante el cual, observamos que no existían diferencias de edad en función del diagnóstico ($F_{2,245} = 0.23, p = .79, \eta^2 = .002$) (Tabla 2).

Clínica ansiosa-depresiva

Un 21% de los pacientes presentó sintomatología ansiosa, de los cuales un 10.10% mostraba un posible diagnóstico clínico de ansiedad. Cerca del 2.40% mostró síntomas depresivos, pero no un trastorno del estado de ánimo. Del mismo modo, en la muestra de asma, DM1 y TB no se halló sintomatología depresiva clínica (Tabla 3).

Se observó que un 25% de los *pacientes asmáticos* presentaron sintomatología ansiosa y un 10.50% un posible trastorno de ansiedad. No obstante, un 3% mostró sintomatología depresiva (Tabla 3). Así, un 17.70% de los *pacientes diabéticos* sufría sintomatología ansiosa, siendo un 6.60% los que tenían un trastorno de ansiedad. En cuanto a la sintomatología depresiva, no se encontró ningún paciente que mostrara dicha sintomatología. Por último, en los pacientes con TB, un 20.80% mostró sintomatología ansiosa, presentando un 12.50% de los pacientes un posible diagnóstico de trastorno de ansiedad. Alrededor del 3.10% mostró sintomatología depresiva (Tabla 3).

Tabla 3. Indicadores de malestar emocional: clínica ansioso-depresiva

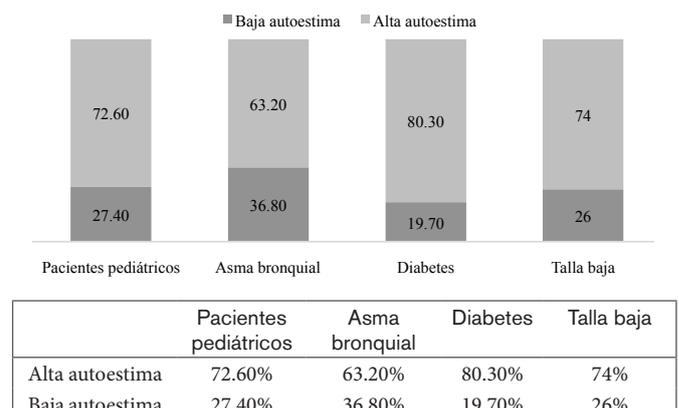
Muestra	Variable	Normal-ausencia		Caso probable		Problema clínico	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Pacientes pediátricos	Ansiedad	171	69	52	21	25	10
	Depresión	242	97.60	6	2.40	-	-
Asma bronquial	Ansiedad	49	64.50	18	25	8	10.50
	Depresión	73	96.10	3	3.90	-	-
Diabetes	Ansiedad	58	76.30	13	17.10	5	6.60
	Depresión	76	100	-	-	-	-
Talla baja	Ansiedad	64	66.70	20	20.80	12	12.50
	Depresión	93	96.90	3	3.10	-	-

Autoestima

Un 27.40% ($n = 68$) de los adolescentes con EC presentaba una baja autoestima. Observándose cómo el 36.8% ($n = 28$) de los adolescentes con asma, el 19.70% ($n = 15$) de los pacientes con DM1 y el 26% ($n = 25$) de los pacientes con TB mostraron bajos niveles de autoestima (Figura 1).

Comparación de medias de las variables sociodemográficas y clínicas del paciente

Figura 1. Porcentajes de los niveles de autoestima de las muestras



Sexo del paciente pediátrico

Según el sexo de los participantes (Tabla 4), se observó que en la muestra total las chicas eran las que menor autoestima presentaban. Sin embargo, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas para la sintomatología ansiosa y depresiva entre chicos y chicas.

En los adolescentes con asma o TB no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo en las variables estudiadas. Sin embargo, fueron las chicas con DM1 quienes mostraron mayores niveles de sintomatología depresiva que los chicos.

Tabla 4. Diferencia de medias en autoestima, ansiedad y depresión en función del sexo del paciente pediátrico

Muestra	Variable	M (DT)	t	sig.	d	Resultado
Pacientes pediátricos	Autoestima global	34.04 (4.59)	2.05	.04	0.27	Chicas < Chicos
	Ansiedad	5.26 (3.35)	-1.85	.06	0.24	Chicas = Chicos
	Depresión	1.70 (1.85)	-1.66	.09	0.21	Chicas = Chicos
Asma bronquial	Autoestima global	32.29 (4.08)	1.59	.11	0.37	Chicas = Chicos
	Ansiedad	6.41 (3.39)	-1.75	.08	0.40	Chicas = Chicos
	Depresión	2.34 (2.17)	.42	.67	0.10	Chicas = Chicos
Diabetes	Autoestima global	34.04 (4.59)	.26	.79	0.07	Chicas = Chicos
	Ansiedad	5.26 (3.35)	-1.20	.23	0.28	Chicas = Chicos
	Depresión	1.70 (1.85)	-2.74	.008	0.62	Chicas > Chicos
Talla baja	Autoestima global	33.88 (4.27)	1.29	.20	0.28	Chicas = Chicos
	Ansiedad	6.31 (3.46)	-.46	.64	0.11	Chicas = Chicos
	Depresión	2.14 (2.31)	-.93	.35	0.20	Chicas = Chicos

M = Media; DT = Desviación típica; t = valor t Student; sig. = significación; d = d de Cohen.

Diagnóstico clínico del paciente pediátrico

Se observó que los pacientes con asma tenían una menor autoestima que aquellos que presentaban diabetes o talla baja. No se hallaron diferencias entre los grupos en función del diagnóstico para la clínica ansiosa-depresiva (Tabla 5).

Tabla 5. Diferencia de medias en autoestima, ansiedad y depresión en función del diagnóstico del paciente pediátrico

Variable	ANOVA		Resultado prueba posthoc				
	F	p	Asma M (DT)	TB M (DT)	DM1 M (DT)	p	η^2
Autoestima	3.92	.02	32.29 (4.37)		34.04 (4.59)	.03	.03
			32.29 (4.37)	33.88 (4.27)		.05	.03
				33.88 (4.27)	34.04 (4.59)	.96	.03
Ansiedad	2.73	.07	6.41 (3.39)	6.31 (3.46)	5.26 (3.36)		.02
Depresión	1.82	.16	2.34 (2.17)	2.14 (2.31)	1.70 (1.85)		

F = valor de F; p = significación; η^2 = eta cuadrado parcial; M = media; DT = desviación típica

Asociación entre variables clínicas y edad del paciente pediátrico

En relación a la muestra general de pacientes pediátricos, la ansiedad y la depresión, se relacionaron de manera estadísticamente significativa, negativa y moderada con la autoestima. La autoestima también se asoció de forma estadísticamente significativa, negativa, aunque baja, con la edad. Ahora bien, la edad se relacionó de manera estadísticamente significativa, positiva, pero baja, con la sintomatología ansiosa (Tabla 5).

En las tres muestras (adolescentes con asma, con DM1 y TB) se observó una asociación estadísticamente significativa, negativa y moderada-alta entre la sintomatología ansiosa y depresiva con la autoestima. No observándose asociaciones estadísticamente significativas entre la edad y las variables clínicas en ninguna de las tres muestras (Tabla 6).

Tabla 6. Asociaciones entre variables clínicas y edad

		Autoestima	Ansiedad	Depresión
Pacientes pediátricos	Ansiedad	-.38**		
	Depresión	-.54**	.49**	
	Edad del paciente	-.15*	.18*	.06
Asma	Ansiedad	-.26*		
	Depresión	-.44**	.48**	
	Edad del paciente	-.19	.20	.06
Diabetes	Ansiedad	-.38**		
	Depresión	-.64**	.50**	
	Edad del paciente	-.11	.10	-.06
Talla baja	Ansiedad	-.49**		
	Depresión	-.55**	.46**	
	Edad del paciente	-.14	.21*	.11

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Discusión

Los resultados del presente estudio aportan información sobre la relación entre la presencia de sintomatología ansiosa-depresiva y la autoestima que no ha sido tan estudiada, pese a que estas variables son muy relevantes en la evolución y el manejo de la enfermedad del adolescente (Mora et al., 2008).

Respondiendo al primer objetivo, se observa cómo un tercio de los pacientes con EC presentan sintomatología ansiosa, siguiendo la línea de otros estudios que consideran la EC como un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno emocional (Gómez-Rico et al., 2014; Pérez-Marín et al., 2015; Quitmann et al., 2016). No obstante, la sintomatología depresiva no está tan presente (Del Barrio, 2015), tal y como señalaban otros autores (Kullowatz et al., 2006; Pérez-Marín et al., 2015; Quitmann et al., 2016).

En la línea de lo que señalaban otros estudios anteriores los adolescentes que sufren una EC, como el asma, la DM1 o la TB (Gómez-Rico et al., 2014; Pérez-Marín et al., 2015; Quitmann et al., 2016), padecen síntomas ansiosos incluso trastornos de ansiedad. Sin embargo, y en contraposición a lo que la literatura anterior señalaba (Quitmann et al., 2016), en nuestra muestra no estaba presente la sintomatología depresiva, posiblemente porque la sintomatología ansiosa precede a la depresiva en estas edades (Modi et al., 2011), aunque también puede estar relacionado con los altos niveles de autoestima de los pacientes de nuestra muestra, que funcionan como factor protector (Oliva et al., 2007).

Así, la gran mayoría de los pacientes pediátricos presenta una alta autoestima, lo que contribuye a una mejor adaptación a la enfermedad (Bilbao-Cercós et al., 2014). Se observó cómo las adolescentes de la muestra general presentan una menor autoestima, característica propia de la adolescencia (Garaigordobil, Pérez, & Mozaz, 2008).

Respecto a los niveles de autoestima, en general se encuentran niveles medios-elevados en todas las muestras, lo que no apoyaría la idea de que padecer una EC en esta etapa sea un factor de riesgo para la autoestima (Pinquart, 2013) y podría relacionarse con la baja presencia de sintomatología depresiva en los pacientes de este estudio, ya que la baja autoestima se considera elemento central de los trastornos emocionales (Vázquez et al., 2013).

Respondiendo al objetivo dos, se observan relaciones importantes entre la presencia de clínica ansiosa-depresiva y niveles más bajos de autoestima, pudiendo ser un factor de riesgo a la hora de enfrentarse a la enfermedad. A su vez, la edad parece ser otra variable relevante en los niveles de ansiedad y autoestima mostrados, siendo más vulnerables a la sintomatología emocional los de mayor edad, pero con mejor autoestima que los más pequeños, posiblemente como sucede en los adolescentes sin enfermedad crónica (Sánchez-Queija, Oliva, & Parra, 2016).

Respecto al objetivo tres, las principales diferencias encontradas al comparar las distintas EC pediátricas son entre los pacientes diabéticos y asmáticos, mostrando estos últimos niveles más bajos de autoestima como indicaban estudios anteriores (Padur et al., 1995), no diferenciándose de los pacientes con TB en este aspecto (Kiliç et al., 2005), posiblemente por el leve riesgo para la salud física que supone padecer TB en relación a otras enfermedades.

El presente estudio tiene algunas limitaciones, en este sentido, es importante tener en cuenta que en él se excluyeron los pacientes que informaban de dificultades emocionales o conductuales previas al diagnóstico y presentes en el momento de la evaluación, por lo que la presencia de problemas emocionales puede ser mayor en estas muestras de lo que se señala.

Futuras líneas de investigación en relación con este estudio deberían aumentar el número de participantes con enfermedad crónica, así como intentar contar con la evaluación de los padres de los adolescentes. Asimismo, sería importante tener en cuenta otros factores que podrían intervenir en el ajuste del adolescente, como los estilos parentales, y tener en cuenta otras variables médicas como el tiempo de diagnóstico, los tipos de tratamiento médico o el número de hospitalizaciones y frecuencia de visitas.

Teniendo en cuenta lo anterior, las variables psicológicas y familiares presentes en los adolescentes serán fundamentales para un adecuado proceso de transición entre la infancia y la vida adulta, puesto que promoverán o dificultarán los ajustes y cambios necesarios para disfrutar de una buena salud psicológica y física. La presencia de problemas psicológicos en estos adolescentes puede afectar negativamente a la evolución de la enfermedad. Ahora bien, el adecuado nivel de autoestima es un factor de protección ante los efectos físicos y psicológicos de la EC en esta etapa, así, trabajarla en el paciente pediátrico puede llevarle a ajustarse adecuadamente a su enfermedad, protegiéndole de complicaciones físicas a corto y largo plazo. Por ello, destacamos la relevancia de atender al paciente física y psicológicamente, haciéndose necesaria la intervención psicológica temprana.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

El presente estudio ha sido realizado gracias a las ayudas de investigación recibidas por la Asociación Española de Psicología Clínica, Psicopatología y por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar, el Programa VLC-BIOMED (Instituto de Investigación

La Fe, Hospital Universitario y Politécnico La Fe y Universitat de València) y la Ayuda de Iniciación a la Investigación de la Universitat de València, en España.

Artículo recibido: 29/09/2017

Aceptado: 18/03/2018

Referencias

- Alith, M. B., Rodrigues, M., Montealegre, F., Fish, J., Nascimento, O. A., y Jardim, J. R. (2014). Negative impact of asthma on patients in different age groups. *The Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(1), 16-22.
- Atienza, F. L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22(1-2), 29-42.
- Barra, A., Cerna, C., Kramm, M., & Véliz, V. (2006). Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24(1), 55-61.
- Bilbao-Cercós, A., Beniel-Navarro, D., Pérez-Marín, M., Montoya-Castilla, I., Alcón-Sáez, J. J., & Prado-Gascó, V. J. (2014). El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátricos. *Clínica y Salud*, 25(1), 57-65. doi:10.5093/cl2014a5
- Caro, I., & Ibáñez, E. (1992). La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. *Boletín de Psicología*, 36, 43-49.
- Castresana, C., García-Estrada, A., & González, J. L. (1995). "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 126-130. doi: 0213-0599/95/11.04/126
- Chamorro, M., Martínez, I., & Tomás, C. (2002). Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus. *Boletín de Pediatría*, 42(180), 114-119.
- Chávez, G. (2012). Perspectivas para la investigación psicológica del asma. *Revista Psicología (Trujillo)*, 14(2), 268-277.
- Chueca, M. J., Berrede, S., & Oyarzábal, M. (2008). Talla baja y enfermedades raras. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 31, 31-53.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Dantzer, C., Swendsen, J., Maurice-Tison, S., & Salamon, R. (2003). Anxiety and depression in juvenile diabetes: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 23(6), 787-800. doi: 10.1016/S0272-7358(03)00069-2
- De Ornelas, A. C., De Azevedo, A., Brouwerz, A., Egidio, A., & Cardoso, A. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in patients with diabetes types 1 and 2. *Comprehensive Psychiatry*, 53(8), 1169-1173. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.03.011
- Del Barrio, M.V. (2015). Los trastornos depresivos y su tratamiento. En R. González e I. Montoya-Castilla. *Psicología Clínica Infanto-Juvenil* (pp. 297-321). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Diago, J., Carrascosa, A., Del Valle, C., Fernández, A., Gracia, R., & Pombo, A. (2006). Talla baja idiopática: definición y tratamiento. *Anales de Pediatría*, 64, 360-364. doi: 10.1157/13086525
- Garaigordobil, M., Pérez, J. I., & Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20, 114-123.
- Glazebrook, C., Hollis, C., Heussler, H., Goodman, R., & Coates, L. (2003). Detecting emotional and behavioural problems in paediatric clinics. *Child: Care, Health and Development*, 29(2), 141-149. doi: 10.1046/j.1365-2214.2003.00324.x
- Gómez-Rico, I., Pérez-Marín, M., & Montoya-Castilla, I. (2014). Diabetes mellitus tipo 1: breve revisión de los principales factores psicológicos asociados. *Anales de Pediatría*, 82(1), 143-146. doi: 10.1016/j.anpedi.2014.04.003

- Gordon, M., Crouthamel, C., Post, E. M., & Richman, R. A. (1982). Psychosocial aspects of constitutional short stature: social competence, behavior problems, self-esteem, and family functioning. *The Journal of Pediatrics*, *101*(3), 477-480. doi:10.1016/S0022-3476(82)80093-0
- Kiliç, B. G., Ergür, A. T., & Öcal, G. (2005). Depression, levels of anxiety and self-concept in girls with Turner's syndrome. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, *18*(11), 1111-1117.
- Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S., Pérez-Marín, M., & Montoya-Castilla, I. (2017). Estrés, ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Calidad de Vida y Salud*, *10*(1), 10-28.
- Margalit, M., & Margalit, M. (1982). Multivariate concept of psychosomatic illness the self-concept of asthmatic children. *International Journal of Social Psychiatry*, *28*(2), 145-148. doi: 10.1177/002076408202800214
- Modi, M., Driscoll, K. A., Montag-Leifling, K., & Acton, J. D. (2011). Screening for Symptoms of Depression and Anxiety in Adolescents and Young Adults With Cystic Fibrosis. *Pediatric Pulmonology*, *46*(2), 153-159. doi: 10.1002/ppul.21334
- Mora, E., Beléndez, M., Giral, P., Ballester, M. J., & Zapata, L. (2008). Intervención psicoeducativa en niños y adolescentes con diabetes tipo 1. *Avances en Diabetología*, *24*(5), 407-413.
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I. & López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, *23*(1), 49-56.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2005). *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2017). *Enfermedad crónica*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Padur, J. S., Rapoff, M. A., Houston, B. K., Barnard, M., Danovsky, M., Olson, N. Y., ... Lieberman, B. (1995). Psychosocial adjustment and the role of functional status for children with asthma. *Journal of Asthma*, *32*, 345-353. doi: 10.3109/02770909509082759
- Papalia, D., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.
- Peralta, G. (2007). Depresión y diabetes. *Diabetología*, *23*(3), 105-108.
- Pérez-Marín, M., Gómez-Rico, I., & Montoya-Castilla, I. (2015). Type 1 Diabetes Mellitus: Psychosocial factors and adjustment of pediatric patient and his / her family. Review. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *113*(2), 158-162. doi: 10.5546/aap.2015.158
- Pinquart, M. (2013). Self-esteem of children and adolescents with chronic illness: A meta-analysis. *Child: Care, Health and Development*, *39*(2), 153-161. doi: 10.1111/j.1365-2214.2012.01397.x
- Quitmann, J. H., Bullinger, M., Sommer, R., Rohenkohl, A. C., & Da Silva, N. M. (2016). Associations between Psychological Problems and Quality of Life in Pediatric Short Stature from Patients' and Parents' Perspectives. *PLoS One*, *11*(4), doi:10.1371/journal.pone.0153953. doi: 10.1371/journal.pone.0153953
- Rietveld, S., Van Beest, I., & Prins, P. J. (2005). The Relationship Between Specific Anxiety Syndromes and Somatic Symptoms in Adolescents with Asthma and Other Chronic Diseases. *Journal of Asthma*, *42*, 725-730. doi: 10.1080/02770900500306472
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Rubio, E. M., Pérez, M. A., Conde, J., & Blanco, A. (2010). Diferencias conductuales y emocionales entre grupos de enfermos crónicos infanto-juveniles. *Anuario de Psicología Clínica y de Salud*, *6*, 23-34.
- Sánchez-Queija, I., Oliva, A., & Parra, A. (2016). Stability, change and determinants of self-esteem during adolescence and emerging adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, *34*(8), 1277-1294. doi: 10.1177/0265407516674831
- Schneider, S., Iannotti, R. J., Nansel, T. R., Haynie, D. L., Sobel, D. O., & Simons-Morton, B. (2009). Assessment of an Illness-specific Dimension of Self-esteem in Youth with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, *34*(3), 283-293. doi: 10.1093/jpepsy/jsn078
- Ulph, F., Betts, P., Mulligan, J., & Straford, R. (2004). Personality functioning: the influence of stature. *Archives of Disease in Childhood*, *89*(1), 17-21. doi: 10.1136/adc.2002.010694
- Vázquez, A. J., Vázquez-Morejón, R., & Bellido, G. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, *31*(1), 37-43.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*, 361-370.