

Adaptación al asma bronquial en pediatría: ansiedad y bienestar psicológico

Adaptation to bronchial asthma in pediatrics: anxiety and psychological well-being

Ribera Asensi, O.* , Valero-Moreno, S.* , Castillo-Corullón, S.** , y

Pérez-Marín, M.*

*Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos,
Facultad de Psicología, Universidad de Valencia (España).

**Servicio de Neumología pediátrica del Hospital Universitario
Clínico de Valencia (HUCV), Valencia (España);

Resumen

Marco teórico: el asma bronquial es la enfermedad crónica más prevalente en la infancia y adolescencia. Su presencia es un factor de riesgo para desarrollar un trastorno psicológico, siendo la ansiedad la sintomatología más común en estos pacientes. Por otro lado, el bienestar psicológico es un factor de protección para un adecuado ajuste a la enfermedad. Nuestro objetivo es analizar los niveles de ansiedad y de bienestar psicológico en adolescentes con asma bronquial. **Métodos:** la muestra incluye 73 adolescentes asmáticos de 9 a 18 años. Se analizaron las variables Ansiedad (HADS) y Bienestar Psicológico (BIEPS-J) mediante análisis descriptivos, pruebas t para muestras independientes y correlaciones de Pearson. **Resultados:** un tercio de la muestra presenta niveles elevados de ansiedad (diagnóstico probable= 9,60%; caso probable= 26%). Las medias obtenidas en la escala BIEPS-J fueron altas, encontrando diferencias significativas en el factor "aceptación de sí mismo" ($t=2,42, p=.02, d=.57$), siendo mayor en los hombres. No se han encontrado relaciones significativas entre las variables. **Conclusiones:** resulta necesario esclarecer los factores que influyen en la existencia de niveles elevados de bienestar psicológico en dichos pacientes y tomar medidas sanitarias de prevención multidisciplinarias con el fin de detectar tempranamente la presencia de ansiedad y tomar actuaciones psicológicas pertinentes.

Palabras clave: Ansiedad, Bienestar psicológico, Pediatría, Adaptación a la enfermedad crónica, Asma Bronquial

Abstract

Theoretical Framework: bronchial asthma is the most prevalent chronic disease in childhood and adolescence. Its presence is a risk factor to develop a psychological disorder, with anxiety being the most common symptomatology in these patients. On the other hand, psychological well-being is a protective factor for an adequate adjustment to the disease. Our objective is to analyze levels of anxiety and psychological well-being in adolescents with bronchial asthma. **Methods:** sample includes 73 asthmatic adolescents from 9 to 18 years old. The variables Anxiety (HADS) and Psychological Wellbeing (BIEPS-J) were analyzed by descriptive analysis, independent samples t-test and Pearson correlations. **Results:** one third of the sample presented high levels of anxiety (probable diagnosis = 9.60%, probable case = 26%). The means obtained in the BIEPS-J scale were high, finding significant differences in the factor "acceptance of oneself" ($t = 2.42, p = .02, d = .57$), being higher in men. No significant relationships were found between the variables. **Conclusions:** it is necessary to clarify the factors that influence the existence of high levels of psychological well-being in these patients and to take sanitary multidisciplinary prevention measures to detect early the presence of anxiety and take relevant psychological actions.

Key words: Anxiety, Psychological well-being, Pediatrics, Adaptation to chronic disease, Bronchial asthma

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es la enfermedad crónica más prevalente en la infancia y la adolescencia a nivel mundial (OMS, 2016). Implica la inflamación de las vías respiratorias, asociada a hiperreactividad bronquial y una obstrucción variable del flujo aéreo (Trisan, López y Ussetti, 2014). Dicha enfermedad afecta a todos los grupos de edad y niveles socioeconómicos (Dewolff, 2012; Serra, Plaza, y Comella, 2011) y, aunque su curso suele disminuir con la edad, durante la adolescencia se presenta un aumento de morbilidad y mortalidad, observándose el doble de muertes en esta etapa que en la infancia (Akinbami y Schoendorf, 2002). La literatura apunta a que, en general, este empeoramiento es debido a un aumento del incumplimiento del tratamiento prescrito (Benítez, Molina, y Camps, 2005).

La adolescencia se define como la etapa de desarrollo vital que representa la transición entre la infancia y la adultez, caracterizada por una gran variedad de cambios a nivel biológico, psicológico y social (Barra, Cerna, Kramm, y Véliz, 2006; Rahola et al., 2001; Williams, Holmbeck, y Greenlev, 2002). Según la OMS (2017), dicho periodo se sitúa entre los 10 y los 19 años, y se caracteriza por la necesidad de los jóvenes de una mayor independencia y autonomía de los padres, así como por el deseo de aceptación e identificación con el grupo de pares (Dewolff, 2012).

En términos generales, la adolescencia puede entenderse como una etapa estresante que supone un período altamente desafiante para muchos jóvenes, aunque es importante resaltar que la mayoría de los adolescentes lo atraviesan sin grandes problemas psicológicos o de comportamiento. Los resultados dependen de una compleja variedad de factores que incluyen características personales, familiares y de apoyo social (Hazen, Scholzman, y Beresin, 2008). El enfrentarse a una enfermedad crónica durante esta etapa,

puede suponer un estresor añadido, así los cambios biopsicosociales asociados a este proceso evolutivo pueden tener repercusiones emocionales en el adolescente (Barrón, Montoya, Casullo, y Bernabéu, 2002).

Las condiciones crónicas en la infancia se han visto asociadas con un mayor riesgo de problemas emocionales y de comportamiento (Cadman, Boyle, Szatmari, y Offord, 1987; Daud, Garralda, y David, 1993; Martín, 2008), considerándose en la actualidad que la presencia de una enfermedad crónica es un factor de riesgo significativo para desarrollar un trastorno mental como la ansiedad o la depresión (Barros, 1999; Piquart y Shen, 2011a; Piquart y Shen, 2011b). De hecho, hay estudios que señalan que un 20% de los sujetos con este tipo de enfermedades tiene altos niveles de problemas emocionales y de comportamiento (Glazebrook, Hollis, Heussler, Goodman, y Coates, 2003).

Fijándonos en concreto en los pacientes que sufren asma bronquial, la evidencia apunta que los niños-adolescentes con asma tienen un mayor riesgo de presentar problemas emocionales y conductuales (McQuaid, Kopel, y Nassau, 2001). La presencia de consecuencias psicológicas se ha relacionado con la gravedad del asma, encontrándose una mayor prevalencia de dichos trastornos en asma severa y no controlada al compararla con asmáticos controlados o de menos severidad (Vidal y Matamala, 2013).

La ansiedad está considerada como el síntoma psicopatológico más común en los pacientes asmáticos (Kotrotsiou, 2011). De hecho, la literatura científica sobre los efectos de la sintomatología ansiosa es particularmente fuerte y sugiere que presenta un importante papel en la psicopatología de la enfermedad (Kullowatz, Kanniess, Dahme, Magnussen, y Ritz, 2006). En esta etapa aparecen las diferencias de sexo en la presencia de patología, encontrándose una predominancia femenina en trastornos ansioso-depresivos (Ortiz, 2010). En relación con los síntomas presentes, los adolescentes con

asma pueden presentar miedo a morir, a los procedimientos médicos y/o al dolor, ansiedad social por el manejo de la enfermedad en público (p.e. uso del inhalador) y ansiedad por la limitación o el fracaso en actividades como el baile o el deporte (Rietveld, Van Beest, y Prins, 2005). Además, la ansiedad se relaciona también con una disminución de las tasas de adherencia al tratamiento y una mayor exacerbación de las crisis asmáticas (Booster, Oland, y Bender, 2016).

Por otro lado, el bienestar psicológico está considerado como un importante factor de protección para un adecuado ajuste a la enfermedad. Según Casullo y Solano (2000), el bienestar es el resultado de la integración cognitiva que un individuo realiza del transcurso de su vida. El modelo de Ryff (1989), enmarcado dentro de la corriente eudemonista, plantea el bienestar como un concepto multidimensional intentado superar el reduccionismo según el cual se considera el bienestar como la mera estabilidad en el tiempo de los afectos positivos (Schmutte y Ryff, 1997).

El estudio del bienestar cobra gran relevancia en la adolescencia porque aquí, debido a la dinámica evolutiva y a las exigencias del entorno, se considera que el adolescente es más vulnerable a presentar desajustes entre él y su entorno (Contini, Coronel, Levin, y Estévez, 2003). En cuanto a las diferencias en función del sexo, algunos estudios apuntan que no parece afectar a la percepción del bienestar en la adolescencia (Castro y Solano, 2000).

En general, en los estudios con adolescentes y en los estudios sobre pacientes pediátricos con enfermedad respiratoria crónica (ERC), las investigaciones se han centrado en la búsqueda de trastornos psicológicos y otros problemas, más que en el bienestar psicológico o en aspectos que pueden contribuir a un mejor funcionamiento (Ryff, 1989)

Por todo ello, el objetivo de la presente investigación es analizar los niveles de ansiedad y de bienestar psicológico en adolescentes con asma bronquial.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo formada por 73 adolescentes (38 hombres y 35 mujeres) con edades comprendidas entre 9 y 18 años ($M=13,53$, $DT=1,35$), diagnosticados de asma bronquial y que eran atendidos de forma ambulatoria regular en el Servicio de Neumología del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

El tiempo de diagnóstico de asma bronquial oscilaba entre los 6 y 177 meses, siendo la media alrededor de los seis años y medio. El 43,1% de los adolescentes habían tenido como mínimo un ingreso relacionado con la enfermedad, siendo lo más habitual no haber tenido ninguno. En relación con el grado de control de la enfermedad, el 87,5% adolescentes presentaban asma controlada hacía al menos 6 meses y, el 86,3% recibía terapia inhalada (aerosoles). Además, un 67,1% de los adolescentes presentaba un diagnóstico secundario, entre los que se encontraban principalmente alergias a inhalantes.

Procedimiento

La evaluación se llevó a cabo por un psicólogo en un único pase y un único momento temporal. Se solicitó el consentimiento informado a los tutores legales de los adolescentes y se informó a los participantes en el estudio de las características de este, asegurando el compromiso de la confidencialidad e informando sobre el registro de datos de carácter personal.

Para formar parte del estudio, se establecieron como criterios de inclusión la presencia de un diagnóstico de asma bronquial desde al menos seis meses y una edad

comprendida entre 9 y 18 años. Se excluyeron aquellos adolescentes que presentaban discapacidad intelectual y/o un diagnóstico de trastorno psicológico previo. Además, para el presente estudio se dispuso de un convenio de colaboración entre la Fundación INCLIVA del Hospital Clínico y la Universidad de Valencia. También se contó con el aval del comité ético de la UV y de la Fundación INCLIVA.

Medidas

Por un lado, se utilizaron registros *ad hoc* para recoger información sobre las variables sociodemográficas y médicas. La recolección se realizó, preguntando directamente al paciente o a sus familiares, o al personal sanitario que habitualmente les atendía.

Por otro lado, las variables psicológicas analizadas fueron:

Ansiedad mediante la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) diseñada por Zigmond y Snaith en el año 1983. El objetivo es servir como un instrumento de screening para la detección de pacientes con problemas de tipo emocionales. Está formada por 14 ítems que aportan una puntuación de “Malestar Emocional Global”. Incluye dos subescalas: “Ansiedad” y “Depresión” (De las Cuevas, García-Estrada, y González, 1995). El formato de respuesta es de tipo Likert de cuatro puntos, con diversas opciones de respuesta según el ítem. El paciente debe contestar a las preguntas pensando en su experiencia durante la última semana. En las dos subescalas, el rango de puntuación es de 0 a 21 (puntuaciones entre 8 y 10 indicativas de casos probables de ansiedad y/o depresión y valores superiores a 10 de un problema clínico). Por otro lado, la mayor puntuación posible obtenida en la escala de “Malestar Emocional Global” es de 42, y obtener valores superiores a 20 indicaría un diagnóstico clínico de malestar emocional.

En cuanto a las propiedades psicométricas, en términos de consistencia interna y fiabilidad test-retest los resultados son adecuados (Galindo et al., 2015). En concreto en adolescentes, se han obtenido adecuadas propiedades psicométricas para la escala general y la de ansiedad (Chan, Leung, Fong, y Shing, 2010; Jörngården, Wettergen, y Von Essen, 2006), mostrando ser un buen predictor de los diagnósticos de ansiedad y depresión (White, Leach, Sims, Atkinson, y Cottrell, 1999).

En nuestro estudio, se realizaron análisis de consistencia interna de la versión autoaplicada para adolescentes, presentando en general valores adecuado. En concreto, para la Ansiedad $\alpha=0,73$, para la Depresión $\alpha=0,51$, y para el Malestar General (puntuación total) $\alpha=0,71$. Sin embargo, destacamos que en el presente estudio solamente se utilizará la escala de Ansiedad.

Bienestar psicológico a través de la Escala de bienestar psicológico para adolescentes (BIEPS-J). Se trata de una medida de autoinforme desarrollada por Casullo y Castro (2000) para determinar el nivel de bienestar psicológico en adolescentes. La fundamentación teórica de la escala está basada en la propuesta de Ryff, desde la cual, el bienestar incluye la autoaceptación de uno mismo, el significado vital, el sentido de crecimiento personal y el establecimiento de buenos vínculos personales (Casullo y Castro, 2000). Se trata de un intento de ampliar el constructo superando el reduccionismo según el cual se considera el bienestar como la mera estabilidad en el tiempo de los afectos positivos (Schumutte y Ryff, 1997).

La escala está formada por 13 ítems en formato de respuesta tipo Likert (“1=en desacuerdo”, “2= ni de acuerdo ni en desacuerdo”, y “3=de acuerdo”). Los ítems se agrupan formando cuatro escalas: Control de situaciones (ítems 1, 5, 10 y 13), Vínculos psicosociales (ítems 2, 8 y 11), Proyectos (ítems 3, 6 y 12) y Aceptación de sí mismo (4,

7 y 9) (Marsollier y Aparicio, 2011). La suma de las mismas da lugar a la escala de Bienestar global, los valores de la cual oscilan entre 13 y 39 puntos.

Se ha confirmado la validez de la escala en diversos países (González-Fuentes y Andrede Palos, 2016) y en España, mediante el trabajo de Cruz, Maganto, Montoya y González (2002). Las puntuaciones obtenidas en referencia a la fiabilidad de la escala global indican que ésta es adecuada ($\alpha=0,74$), sin embargo, las subescalas presentan puntuaciones con valores más bajos (valores de alfa de 0,50 a 0,6) (Casullo y Castro, 2000). Además, también se calcularon las puntuaciones de consistencia interna en nuestra muestra, encontrando para Control $\alpha=0,59$, para Vínculos $\alpha=0,41$, para Proyectos $\alpha=0,55$, para Aceptación 0,42, y por último para Bienestar Global (puntuación total) $\alpha=0,61$.

Diseño de la investigación

Se trata de un estudio transversal de pase único en un único momento temporal. Se realizaron, mediante el programa estadístico SPSS, análisis descriptivos; pruebas t para muestras independientes con el propósito de observar las diferencias en función del sexo, calculando el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen considerando valores pequeños aquellos $\approx 0,2$, medios $\approx 0,5$ y altos $\approx 0,8$ (Cohen, 1988); y, correlaciones de Pearson para establecer relaciones entre las variables estudiadas y la edad.

RESULTADOS

Los estadísticos descriptivos de la variable ansiedad obtenidos a partir de la escala HADS se muestran en la Tabla 1. Fijándonos en el rango de la escala, la media obtenida de sintomatología ansiosa se considera baja.

Tabla 1:

Estadísticos descriptivos Ansiedad (HADS)

	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango escala
Total	6,37	3,40	0	17	4,00	6,00	8,50	0-21
Chicos	5,63	2,82	0	12	4,00	5,00	8,00	0-21
Chicas	7,17	3,77	1	17	4,00	7,00	9,00	0-21

Nota: M= Media; DT= desviación típica; Min= mínimo; Máx.= máximo; P25 =percentil 25; P50= percentil 50; P75= percentil 75.

Teniendo en cuenta la interpretación de la escala, alrededor de un 36% presentaron sintomatología ansiosa, de los cuales un 10% presentaba un claro riesgo de trastorno de ansiedad que requeriría atención psicológica (Figura 1).

Bienestar psicológico

Las medias obtenidas en la escala BIEPS-J fueron altas teniendo en cuenta el rango de la escala como puede observarse en la Tabla 2. Los resultados mostraron puntuaciones especialmente altas en los factores de “control de situaciones” y “vínculos psicosociales”. Por el contrario, las áreas que mostraron unas medias más bajas de bienestar psicológico fueron “proyectos” y “aceptación de sí mismo”.

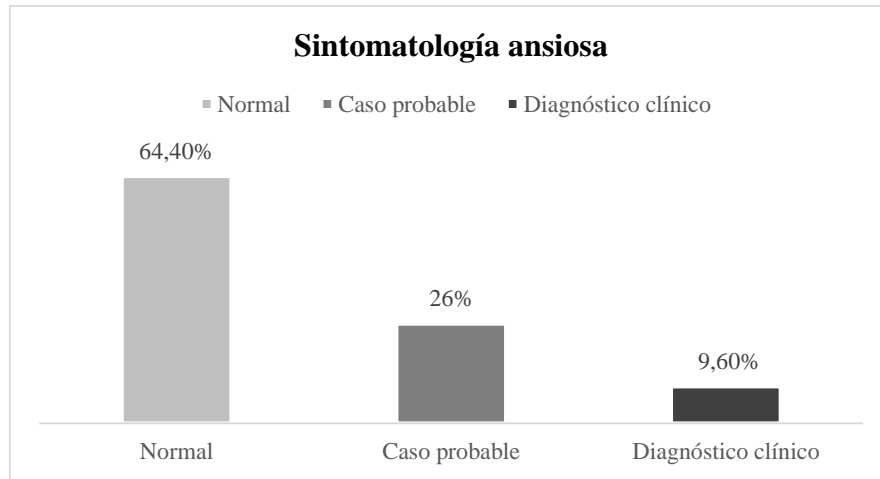


Figura 1: Porcentajes sintomatología ansiosa (HADS)

Tabla 2:

Estadísticos descriptivos variable bienestar psicológico (BIEPS)

	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango escala	Chicos		Chicas	
									M	DT	M	DT
Factor 1: Control	10,49	1,60	4	12	10,00	11,00	12,00	4-12	10,40	1,53	10,60	1,70
Factor 2: Vínculos	8,57	1,10	4	9	9,00	9,00	9,00	3-9	8,71	0,80	8,42	1,33
Factor 3: Proyectos	7,07	1,90	3	9	6,00	7,50	9,00	3-9	6,90	2,00	7,30	1,80
Factor 4: Aceptación	7,95	1,36	3	9	7,75	8,00	9,00	3-9	8,32	1,02	7,60	1,60
Puntuación Total	34,10	4,38	14	33	33,75	35,00	37,00	13-39	34,30	4,00	33,90	5,02

Nota: M= Media; DT= desviación típica; Mín= mínimo; Máx.= máximo; P25 =percentil 25; P50= percentil 50; P75= percentil 75.

Comparación de medias en función del sexo

Al realizar la comparación de medias en función del sexo, las puntuaciones en ansiedad no difirieron de forma estadísticamente significativa entre sexos y se observó, asimismo, un tamaño del efecto pequeño ($t = -1,98$, $p = ,12$, $d = 0,46$).

Por otro lado, con relación al bienestar psicológico, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en la variable “Aceptación de sí mismo” (BIEPS-J) ($t = 2,42$, $p = ,02$), siendo la media mayor en los chicos que en las chicas ($M_{chicos} = 8,32$, $DT_{chicos} = 1,53$); ($M_{chicas} = 7,60$, $DT_{chicas} = 1,53$), es decir, las chicas tenían una peor aceptación de sí mismas. El tamaño de efecto d fue de $0,57$, indicando un efecto moderado. Sin embargo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo en relación con “Control de Situaciones” ($t = -0,55$, $p = ,58$, $d = 0,12$), “Vínculos” ($t = 1,08$, $p = ,30$, $d = 0,26$), “Proyectos” ($t = -0,94$, $p = ,35$, $d = 0,21$) y la puntuación total ($t = 0,40$, $p = ,69$, $d = 0,10$), observándose un tamaño del efecto de las diferencias pequeño en todos los casos.

Relaciones entre las variables estudiadas

Por último, no se encontraron relaciones lineales significativas ($p \leq ,05$) entre las variables analizadas y la edad, oscilando los valores entre $r = \pm ,10$. Asimismo, tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa entre el bienestar psicológico y la ansiedad (Tabla 3).

Tabla 3:

Análisis correlaciones entre variables de estudio

	Edad	Control	Vínculos	Proyectos	Aceptación	Total	
						Bienestar	Ansiedad
Edad	1						
Control	,03	1					
Vínculos	-,16	,61**	1				
Proyectos	-,13	,36**	,37**	1			
Aceptación	-,12	,41**	,63**	0,12	1		
Total BIEPS	-,12	,79**	,83**	,69**	,66**	1	
Ansiedad	,13	0,03	0,02	0,10	-0,05	0,05	1

Nota: * $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$

DISCUSIÓN

Respondiendo al objetivo planteado por la presente investigación, los adolescentes asmáticos analizados presentan, en términos generales, niveles elevados de bienestar psicológico. Así, este resultado aporta evidencia de la necesidad de investigar aquellos factores que afectan de forma positiva al bienestar psicológico de los pacientes asmáticos. Sin embargo, es importante resaltar que la gran mayoría de los participantes presentan un buen control del asma, por lo que el grado de control de la enfermedad y la desregulación que su ausencia pudiera ocasionar en los asmáticos no estaría reflejado en nuestros resultados, tal y como indican Vidal y Matamala (2013).

En cuanto a las diferencias en bienestar psicológico en función del sexo, en nuestros datos sí se encuentran diferencias entre chicos y chicas en el factor de “aceptación de sí mismo”, aportando una evidencia diferente a lo encontrado por Casullo y Castro (2000).

Queremos destacar, a pesar de lo anterior, que un tercio de los pacientes asmáticos muestran sintomatología ansiosa, siendo, por tanto, una muestra que requiere atención y prevención específicas. La presencia de elevados niveles de ansiedad en nuestra investigación va en la línea de la literatura científica, donde la evidencia sobre la ansiedad en el asma y sus efectos es particularmente fuerte, sugiriendo que presenta un importante papel en la evolución de la enfermedad (Kullowatz et al., 2006). Además, resulta de gran relevancia detectar tempranamente su aparición por el riesgo que tiene para la adaptación a la su enfermedad, ya que, como hemos comentado anteriormente, la existencia de sintomatología ansiosa se relaciona con una peor tasa de adherencia al tratamiento y una mayor exacerbación de las crisis asmáticas (Booster, Oland y Bender, 2016).

Respecto a las diferencias en función del sexo, en nuestros datos no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable ansiedad. Este resultado va en contra de la literatura, según la cual las chicas presentan mayores niveles de sintomatología ansiosa que los chicos (Ortiz, 2010).

A pesar de las contribuciones señaladas anteriormente, los resultados obtenidos solo pueden considerarse preliminares debido a las limitaciones del presente estudio.

En primer lugar, la principal limitación del estudio es que el número de participantes que presentan asma bronquial es pequeño, por lo que la generalización de los resultados ha de realizarse con precaución. En general, en este tipo de estudios hospitalarios, las muestras finales obtenidas suelen ser reducidas debido a la dificultad de

recoger muestra de enfermos crónicos pediátricos. También se ha de tener en cuenta que la mayoría de los participantes presentaban un buen control sobre la enfermedad, siendo interesante estudiar en muestras más amplia el papel de dicha variable como ya hemos indicado anteriormente.

Por otra parte, sería interesante contar en próximos estudios con múltiples informadores y distintos métodos de obtención de la información para evaluar las variables a estudio, con el objetivo de reducir los errores comúnmente asociados a los autoinformes.

Asimismo, es relevante destacar que los resultados presentados anteriormente no permiten llegar a obtener relaciones causales entre las variables de interés. El diseño llevado a cabo en la presente investigación, de tipo correlacional, nos posibilita concluir que existen relaciones significativas entre las variables, por lo que se requieren estudios longitudinales que permitan esclarecer con mayor precisión los resultados obtenidos, evaluando las relaciones entre las variables teniendo en cuenta la variable tiempo, ya sea de manera prospectiva o retrospectiva.

Para concluir, nuestros datos reflejan la importancia de esclarecer los factores que pueden contribuir o entorpecer la adaptación al asma e influir en la existencia de niveles elevados de bienestar psicológico en dichos pacientes. Asimismo, la alta presencia de sintomatología ansiosa señala la importancia de tomar medidas sanitarias de prevención multidisciplinarias y actuaciones psicológicas en los casos en los que estas sean necesarias.

REFERENCIAS

- Akinbami, L. J., y Schoendorf, K. C. (2002). Trends in childhood asthma: prevalence, health care utilization, and mortality. *Pediatrics*, *110*(2), 315-322.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., y Véliz, V. (2006). Health problems, stress, coping, depression and social support en adolescents (problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes). *Terapia Psicológica*, *24*(1), 55-61.
- Barrón, R., Montoya Castilla, I., Casullo, M. M., y Bernabéu Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, *14*(2), 363-368.
- Barros, L. (1999). *Psicología Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Benítez, M., Molina, R., y Camps, R. (2005). Aspectos psicológicos del asma infantil. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, *7*(2), 137-149.
- Booster, G. D., Oland, A. A., y Bender, B. G. (2016). Psychosocial factors in severe pediatric asthma. *Immunology Allergy Clinics of North America*, *36*(3), 449-460.
- Cadman, D., Boyle, M., Szatmari, P., y Offord, D. R. (1987) Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics*, *79*(5), 805–813.
- Casullo, M. M., y Castro-Solano, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología (Pontificia Universidad Católica del Perú)*, *18*(1), 3-5.

- Chan, Y.-F., Leung, D. Y. P., Fong, D. Y. T., Leung, C.-M., y Lee, A. M. (2010). Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large community sample of adolescents in Hong Kong. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 19(6), 865–873.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Contini, E. N., Coronel, C., Levin, M., y Estévez, M. A. (2003). Estrategias de afrontamiento, bienestar psicológico y factores de protección de la salud del adolescente. Un estudio preliminar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 16(2), 29-51.
- Cruz, M. S., Maganto, C. Montoya, I., & González R. (2002). Escala de bienestar psicológico para adolescentes. En M. Casullo, M.E. Brenlla, A. Castro S., M. Cruz, R. González, C. Maganto, M. Martín, I. Montoya, & R. Morote. *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. (pp.65-77). Buenos Aires: Paidós.
- Daud, L. R., Garralda, M. E., y David, T. J. (1993) Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. *Archives of Disease in Childhood*, 69(6), 670–676.
- De las Cuevas Cartresana, C., García-Estrada, A., y González de Rivera, J. L. (1995). "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 126-130.
- Dewolff, D.K. (2012). *In search of resilience and positive health outcomes in low-income adolescents with asthma* (tesis doctoral). Loyola University Chicago, Chicago.

- Galindo-Vázquez, O., Meneses-García, A., Herrera-Gómez, A., Caballero-Tinoco, M. R., y Aguilar-Ponce, J. L. (2015). Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3), 383-392.
- Glazebrook, C., Hollis, C., Heussler, H., Goodman, R., y Coates, L. (2003). Detecting emotional and behavioural problems in paediatric clinics. *Child: Care, Health and Development*, 29(2), 141-149.
- González-Fuentes, M., y Andrade Palos, P. (2016). Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2 (42)
- Hazen, E., Schlozman, S., y Beresin, E. (2008). Adolescent psychological development: A review. *Pediatrics in Review*, 29(5), 161-168.
- Jorngarden, A., Wettergen, L., y von Essen, L. (2006). Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 91.
- Kotrotsiou, E., Krommydas, G., Papathanasiou, I., Kotrotsiou, S., Paralikas, T., Lahana, E., y Kiparissi, G. (2011). Anxiety and depression in teenagers and young adults with Asthma. *Health Science Journal*, 5(3), 229-236.
- Kullowatz, A., Kanniess, F., Dahme, B., Magnussen, H., y Ritz, T. (2006). Association of depression and anxiety with health care use and quality of life in asthma patients. *Respiratory Medicine*, 101(3), 638-644.

- Marsollier, R., y Aparicio, M. (2011). El bienestar psicológico en el trabajo y su vinculación con el afrontamiento en situaciones conflictivas. *Psicoperspectivas*, 10 (1), 209-220.
- Martín, R. (2008). *Estudio de las variables psicológicas, calidad de vida e intervención psicoeducativa en el asma bronquial infantil* (tesis doctoral). Universidad de Salamanca, España.
- McQuaid, E. L., Kopel, S. J., y Nassau, J. H. (2001). Behavioral adjustment in children with asthma: a meta-analysis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22(6), 430-439.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Enfermedades respiratorias crónicas*. Recuperado de <http://www.who.int/respiratory/asthma/es/>.
- Ortiz Villalobos, A. (2010). Alteraciones psiquiátricas en la adolescencia (I). *Actualización-Medicine*, 10(61), 4212-4223.
- Pinquart, M., y Shen, Y. (2011a). Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(9), 1003-1016.
- Pinquart, M., y Shen, Y. (2011b). Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: An updated meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(4), 375-384.
- Rahola, R., Garde, T. M., Cozzetti, E., Blaustein, C. L., Cornellà, J., y Granell, C. J. C. S. (2001) La adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En C. Buil, I. Lete, R. Rahola, y J.L. De Pablo (Ed). *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia*. (27-83). Zaragoza, España: INO Reproducciones, S.A.

Rietveld, S., Van Beest, I., y 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(9), 725-730.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1.069-1.081.

Schmutte, P. S., y Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 540-559.

Serra, J., Plaza, V., y Comella, A. (2011). Cambios en la clínica, la función pulmonar, la calidad de vida y los costes en una cohorte de pacientes asmáticos seguidos durante 10 años. *Archivos de Bronconeumología*, 47(10), 482-487.

Trisan-Alonso, A., López-Viña, A., y Ussetti-Gil, P., (2014). Actualización en asma. *Actualización-Medicine*, 11(6), 3861-3873.

Vidal G.A., y Matamala, B. M. (2013). Asma infanto-juvenil y trastornos psiquiátricos. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 29(1), 14-23.

White, D., Leach, C., Sims, R., Atkinson, M., y Cottrell, D. (1999). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 175(5), 452-454.

Williams, P. G., Holmbeck, G. N., y Greenley, R. N. (2002). Adolescent Health Psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 828-842

World Health Organization (2017). Adolescent development. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Agradecimientos:

El presente estudio ha sido realizado gracias a las ayudas de investigación recibidas por la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología y por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar; por la ayuda de inicio a la investigación de la Universidad de Valencia; y por la ayuda predoctoral de la Generalitat Valenciana y el fondo social europeo (ACIF17).

La correspondencia concerniente a este artículo debe dirigirse a:

Marián, Pérez-Marín:

Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia (España).

Avenida Blasco Ibáñez,21 (46010),

Teléfono: 963983392:

Email de correspondencia: marian.perez@uv.es