
Relaciones entre ansiedad y depresión en niños enfermos crónicos y sus progenitores

J. F. Lozano Oyola* y A. Blanco Picabia**

Psiquis, 1997; 18 (4):154-163

Resumen

El objetivo de esta investigación fue conocer si existen correlaciones significativas entre los niveles de ansiedad y depresión de una muestra de niños asmáticos (n=55) y sus progenitores. Las puntuaciones obtenidas se compararon con los de una muestra de niños con otras enfermedades crónicas (n=32) y sus progenitores, y otra de niños sanos (n=87) y sus progenitores.

Se utilizaron correlaciones de Pearson para comparar las puntuaciones. Los resultados muestran cuatro correlaciones estadísticamente ($p < 0,05$) significativas niño-progenitor en el grupo de niños asmáticos. En el segundo grupo (otras enfermedades crónicas) había sólo una correlación y en el tercero (niños sanos) no se encontró ninguna correlación significativa.

Se discuten los resultados y sus implicaciones para el manejo de las enfermedades infantiles.

Palabras clave: Asma. Infancia. Ansiedad. Depresión.

Abstract

Relationships between anxiety and depression in chronically ill children and their parents

The aim of this study was to check the existence of significant correlations between anxiety and depression levels in a sample of asthmatic children (n=55) and their parents. These scores were compared to those obtained by a sample of chronically ill children (n=32) and their parents, and another one of healthy children (n=87) and their parents.

Pearson's correlations were used to compare the scores. Results show four statistically ($p < 0,05$) significant correlations child-parent in the asthmatic group. In the second group (other chronic illnesses) there were only one correlation, and in the third one (healthy children), no significant correlation was found.

Results and their implications for the childhood chronic illness' management are discussed.

Key words: Asthma. Childhood. Anxiety. Depression.

* Profesor Asociado de Psicopatología Infantil.

** Catedrático de Diagnóstico Clínico.

Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla.

Introducción

En las últimas décadas se está prestando una mayor atención a las enfermedades crónicas infantiles, tanto desde el punto de vista médico (dado que antes muchos de estos niños tenían una esperanza de vida bastante reducida), como desde el punto de vista psicosocial (esta prolongación de la vida enfrenta al niño con una serie de retos a nivel psicológico y social). Para los psicólogos pues, en tanto profesionales de la salud, se ha abierto un nuevo campo de intervención, ya que entendemos la salud desde un punto de vista biopsicosocial.

Nosotros nos hemos interesado de un modo especial por el asma bronquial, la más frecuente y quizá estudiada de las enfermedades crónicas infantiles. Y esto ha sido fundamentalmente porque fue considerada durante mucho tiempo una enfermedad en la que los factores psicológicos parecían esenciales para su adecuada o inadecuada evolución, e incluso durante un tiempo se llegó a considerar que estos factores serían los que estarían *causando* en algunos casos la enfermedad (se habló de "gritos congelados que reclamaban a la madre", de que el asmático "lloraba por los bronquios", etc.). Actualmente, opiniones como estas pueden parecer insostenibles a la luz de los conocimientos fisiológicos sobre el tema, aunque parece claro el importante papel que juegan los factores psicológicos en muchos casos.

De hecho, el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) en su última edición (1), incluye el asma y otros trastornos de carácter psicossomático dentro del apartado "Factores psicológicos que afectan al estado físico", en donde se especifica que el trastorno tiene una causa fisiológica. También la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) en su última edición (2) tiene un apartado similar llamado "Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos y enfermedades clasificados en otro lugar".

Pero la existencia de una etiología orgánica no es incompatible con el hecho de que determinadas variables psicológicas estén relacionadas con el mantenimiento o mejora del asma. En este sentido, fundamentalmente se ha evaluado la presencia de trastornos emocionales en estos niños y, especialmente, la ansiedad. Así, sabemos que muchas de las crisis se inician por desencadenantes de tipo emocional y que si la ansiedad empeora el asma, reduciendo esa ansiedad mejoraremos dicho trastorno.

Por otro lado, en la bibliografía sobre el tema se ha informado en general de un mayor nivel de ansiedad en los niños con enfermedades crónicas,

entre ellos los asmáticos, y tales resultados se han obtenido a través de escalas de observación, autoinformes o pruebas proyectivas (3, 4, 5, 6).

Además, por sus características de intermitencia, reversibilidad y variabilidad, hay veces en las que el niño siente que no tiene un buen control sobre su respiración y que puede aparecer un ataque asmático inevitablemente, haga lo que haga, especialmente si no presta la adecuada atención a los síntomas prodromáticos. Por ello, una de estas consecuencias a nivel psicológico es la depresión, debido a que: el niño puede llegar sentirse en una situación de indefensión, a que puede sentirse diferente a los demás, a que puede ser sometido a un aislamiento excesivo si sus padres creen que si el niño no está en su casa el riesgo de que sufra un ataque aumenta, etc. En general, hay que decir que diversas investigaciones han informado de un mayor índice de depresión en los niños asmáticos cuando se les ha comparado con niños sanos aunque casi siempre en pacientes de otras nacionalidades (7, 8).

Otros autores han informado también de un mayor índice de depresión en niños con enfermedades crónicas infantiles cuando se les ha comparado con niños sanos (9, 10, 11).

Pero también hemos encontrado que los padres reaccionan de diversos modos y en función de los mismos, el niño a su vez reacciona más o menos adecuadamente. De hecho, las respuestas de la familia a la enfermedad son complejas, ya que cada miembro reacciona a la enfermedad del niño y a las reacciones de los otros familiares. Además de esto, parece existir un continuum que siguen las reacciones paternas, que van desde la hiperansiedad y la indulgencia excesiva, hasta los problemas para la aceptación de la incapacidad o el rechazo de la misma (12).

También se ha informado (13) que en la familia del niño asmático la enfermedad es el punto sobre el que giran toda la actividad y las preocupaciones, lo cual puede conllevar que el niño aprenda fácilmente a manipular a sus padres a través de la enfermedad y conseguir así beneficios secundarios de la misma. Por ejemplo, se ha evaluado el efecto de la enfermedad crónica en ambos progenitores e informado que el estrés psicológico que sufrían era mayor en la madre, debido al hecho de tratar diariamente a un niño con necesidades especiales (14). Otras autoras (15) creen que la depresión en las madres de niños asmáticos puede ser debida a que aprenden que las causas del asma están fuera de su control (modelo de desesperanza aprendida). Algunas madres nos confesaban que se encontraban algo cansadas y desesperanzadas por la dura-

ción de la enfermedad de su hijo. Los niños de las otras enfermedades no tienen manifestaciones tan espectaculares, sino que las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento suelen ser, como hemos dicho anteriormente, más a largo plazo por lo que la madre no se sentiría tan "fracasada".

Con nuestro estudio queríamos conseguir varios objetivos:

1. Estudiar el nivel de ansiedad y depresión en niños asmáticos.
2. Estudiar el nivel de ansiedad y depresión en uno de los progenitores de los niños asmáticos.
3. Analizar si existen correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones de ansiedad y depresión obtenidas por estos niños y las de sus progenitores.

Pero para completar nuestro estudio, consideramos importante comparar estos resultados con los obtenidos por otros dos grupos: niños con otras enfermedades crónicas y uno de sus progenitores, y niños sanos y uno de sus progenitores. Es decir, si a partir de los valores de ansiedad de un niño asmático podíamos predecir si la madre iba a puntuar con valores parecidos, y lo mismo respecto a los otros dos grupos (enfermos crónicos y sanos).

Material y métodos

El primer grupo estaba compuesto por 55 sujetos asmáticos (y uno de sus progenitores) que acudían regularmente a las Consultas Externas de Alergia e Inmunología del Hospital Infantil Universitario "Virgen del Rocío" de Sevilla (grupo 1). Para formación este grupo y el siguiente, se obtuvo la aprobación del Comité de Ensayos Clínicos del Hospital.

Los sujetos de este primer grupo eran elegidos durante un año en días alternos entre los que acudían a consulta antes de las 11 de la mañana, siempre que no fuera la primera vez que acudían al Servicio

y que tuvieran entre ocho y doce años de edad. Las características sociodemográficas de los los niños de los tres grupos, se muestran en la Tabla I.

El segundo grupo estaba formado 32 sujetos enfermos crónicos (y uno de sus progenitores) que acudían a diversos Servicios de dicho Hospital tomando de los ficheros, las Historias Clínicas de cada Servicio por orden alfabético de un grupo de niños proporcional al volumen de pacientes de cada consulta. Las enfermedades de este segundo grupo eran similares al asma en ciertos aspectos: tener recaídas, requerir ocasionalmente hospitalizaciones, no tener un pronóstico fatal, no implicar retraso mental, no afectar la movilidad, no precisar intervención quirúrgica, etc. Dichas enfermedades y el número de niños en cada una fueron: diabetes (16), hipotiroidismo (4), fenilcetonuria (3), celiacía (2), hemofilia (2), arritmia (2), artritis reumatoide (1) e hiperplasia suprarrenal (1).

El tercer y último grupo estaba formado por 87 sujetos sanos procedentes de 8 colegios de Sevilla capital y su provincia que aceptaron formar parte de la investigación, tras una petición de participación por parte de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, que financió este estudio a través de una Beca de Investigación (grupo 3). Los sujetos eran tomados de los cursos 4º y 5º de E.G.B. de los colegios mencionados por orden alfabético.

En lo referente a los progenitores, se pedía en todos los casos que uno de los dos contestara a las pruebas, sin especificar si debía ser el padre o la madre. Como puede observarse (Tabla II) las edades medias de los progenitores que contestaron los cuestionarios son prácticamente iguales, siendo mayoritariamente las madres de los niños de cada uno de los tres grupos las que tomaron parte en la investigación, independientemente de si su hijo estaba o no enfermo.

Respecto a los tests psicológicos aplicados, hay que decir que a los padres de los niños de los tres

TABLA I

Características sociodemográficas de los niños de los tres grupos de la investigación

Grupo	Edad	Tiempo	Var.	Muj.	Total
Asma	9.74	4.5	42	13	55
Enf. Crón.	9.56	4.59	19	13	32
Sanos	10	-	54	28	87

Abreviaturas: Edad= edad media de cada subgrupo; Tiempo= tiempo desde el diagnóstico; Var.= varones; Muj.= mujeres; Total= nº de sujetos de cada subgrupo.

TABLA II

Características sociodemográficas de los progenitores de los tres grupos

Grupo	Edad	Padres	Madres	Urb.	Rur.
Asma	38.62	3	52	24	31
Enf. Crón.	38.37	6	26	14	18
Sanos	38.95	8	74	61	21

Abreviaturas: Enf. Crón.= progenitores de niños con enfermedades crónicas; Urb.= residencia en la capital; Rur.= residencia en un pueblo.

grupos, se les aplicaban dos cuestionarios que comentamos brevemente a continuación:

1. "Cuestionario de ansiedad estado-rasgo" (*State-Trait Anxiety Inventory, STAI*) (16). Es un Cuestionario de autoevaluación que consta de dos escalas separadas, que miden dos variables: ansiedad estado y ansiedad rasgo. Consta de 40 frases que el sujeto tiene que contestar con cuatro opciones de respuesta que puntúan entre 0 y 3.

2. *Escala de Valoración Psiquiátrica de Beck para la Depresión*. Diseñada por Beck et al. (17) para ser heteroaplicada, es más común que sea autoaplicada, que es como nosotros la hemos utilizado. La Escala consta de 21 ítems-respuesta de los que el sujeto debe elegir una alternativa. Existe la posibilidad de trasladar estos resultados a una gráfica donde puede obtenerse un perfil para observar la evolución del sujeto, aunque no ha sido nuestro caso, ya que no se pensaba seguir la evolución de estos padres.

Por otro lado, a los niños de los tres grupos se aplicaban dos pruebas con objeto de medir los niveles de ansiedad y depresión:

3. "Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en niños" (*State-Trait Anxiety Inventory for Children*) (18). Es un Cuestionario que consta de dos escalas separadas, que miden las dos variables de ansiedad ya reseñadas: ansiedad estado y ansiedad rasgo. También consta de 40 frases en que el sujeto debe elegir una de las opciones.

4. "Escala de depresión para niños" (*Children Depression Scale, C.D.S.*) (19). Compuesta por 66 ítems, siendo 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo, obteniéndose dos puntuaciones totales, *Total Positivo* y *Total Depresivo*. Las subescalas de las que consta esta prueba son: ánimo-alegría, respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte/salud, sentimientos de culpabilidad, depresivos varios, positivos varios, total positivo y total depresivo.

Resultados

Las puntuaciones de ansiedad obtenidas por los progenitores de los tres grupos se muestran en la Tabla III, donde aparecen la media en el STAI y su desviación típica.

En la Tabla IV se muestran los valores de la t de Student y su grado de significación.

Como muestran estas tablas, la comparación entre los progenitores de los niños asmáticos y los de los que tienen otras enfermedades crónicas arrojó algunas diferencias estadísticamente significativas al nivel

TABLA III

Medias (X) y desviaciones típicas (S) obtenidas en el STAI

STAI	G1 (X/s)	G2 (X/s)	G3 (X/s)
AR	24,8/8,2	22,8/10,1	20,8/10,5
AE	25,8/10,7	20,8/10,7	18,3/10

G1= Asma; G2= Enf. Crónicas; G3= Sanos
AR= Ansiedad rasgo; AE= Ansiedad Estado

TABLA IV

Valor de la t de Student (t) y grado de significación (p)

STAI	G1-G2 (t/p)	G2-G3 (t/p)	G1-G3 (t/p)
AR	1,02/,3	0,93/,17	2,41/,008**
AE	2,07/,021*	1,21/,11	4,17/0,000***

G1= Asma; G2= Enf. Crónicas; G3= Sanos
*= (p<0,5); **= (p<0,1); ***= (p<,001).

de .05, consistentes en que los padres de los primeros puntúan significativamente más alto en la escala AE del Cuestionario de ansiedad STAI. Referente a la comparación con los padres de los niños sanos, también puntúan significativamente más alto los progenitores de los niños asmáticos en las dos escalas del STAI. No hubo sin embargo diferencias significativas entre los progenitores de los grupos 2 y 3.

Por otro lado, en lo referente a las puntuaciones de depresión en los progenitores de los tres grupos, a continuación se muestran las medias y desviaciones típicas obtenidas en la Escala de Beck (Tabla V):

Tras el análisis estadístico a través de la t de Student (Tabla VI) llevado a cabo, comprobamos que los progenitores del primer grupo tienen, según la Escala de Beck, más sentimientos de fracaso, más problemas de imagen corporal y más quejas hipochondriacas que los del grupo de niños enfermos crónicos, a un nivel estadísticamente significativo. Además, los padres de niños asmáticos refieren más problemas de cansancio y de trabajo que los de niños sanos. Sin embargo, sólo hay una diferencia significativa en el contraste de medias entre los grupos 2 y 3, teniendo en este caso los padres de niños con enfermedades crónicas más problemas de imagen corporal.

En lo referente a los resultados obtenidos por los niños de la muestra, aparecen en la Tabla VII las

TABLA V

Medias (X) y desviaciones típicas (S) en la Escala de Beck

Beck	G1 (X/S)	G2 (X/S)	G3 (X/S)
B1	0,5/0,8	0,61/0,7	0,54/0,8
B2	0,43/0,6	0,41/0,5	0,3/0,4
B3	0,45/0,8	0,16/0,4	0,31/0,7
B4	0,43/0,6	0,35/0,4	0,29/0,5
B5	0,24/0,5	0,16/0,4	0,23/0,5
B6	0,35/0,5	0,16/0,5	0,21/0,4
B7	0,13/0,3	0,12/0,3	0,13/0,3
B8	0,56/0,7	0,38/0,7	0,43/0,7
B9	0,07/0,4	0,16/0,5	0,06/0,2
B10	0,32/0,5	0,41/0,6	0,43/0,8
B11	0,6/0,7	0,61/0,8	0,48/0,7
B12	0,09/0,2	0,09/0,3	0,1/0,3
B13	0,24/0,5	0,25/0,5	0,15/0,4
B14	0,49/0,6	0,12/0,4	0,32/0,6
B15	0,43/0,5	0,32/0,5	0,28/0,5
B16	0,79/0,8	0,61/0,8	0,81/0,9
B17	0,64/0,6	0,51/0,5	0,36/0,4
B18	0,22/0,5	0,25/0,5	0,24/0,5
B19	0,52/0,8	0,32/0,7	0,37/0,8
B20	0,49/0,7	0,22/0,4	0,39/0,6
B21	0,22/0,4	0,25/0,6	0,25/0,4
B Total	8,1/6,1	6,3/6,1	6,8/6,5

G1= Asma; G2= Enf. Crónicas; G3= Sanos
 B1= Estado de ánimo; B2= Pesimismo; B3= Sentimientos de fracaso; B4= Insatisfacción; B5= Sentimientos de culpa; B6= Castigo; B7= Odio a sí mismo; B8= Autoacusación; B9= Suicidio; B10= Llanto; B11= Irritabilidad; B12= Aislamiento; B13= Indecisión; B14= Imagen corporal; B15= Trabajo; B16= Sueño; B17= Cansancio; B18= Apetito; B19= Peso; B20= Hipocondría; B21= Líbido; B Total= Puntuación total.

medias y puntuaciones típicas del Cuestionario STAIC de ansiedad. En la Tabla VIII aparece el resultado de aplicar la t de Student, que como puede comprobarse, no ofreció diferencias estadísticamente significativas. Las puntuaciones obtenidas por los niños de los tres subgrupos en la variable de depresión aparecen en las Tablas IX (medias y desviaciones típicas) y X (valor de t y grado de significación una vez aplicada la prueba t de Student).

Como puede observarse, fueron los niños con otras enfermedades crónicas los que puntuaban más alto en depresión, siendo estas puntuaciones más altas significativamente en las subescalas de total depresivo, sentimientos de culpabilidad y respuesta afectiva.

Y cuando se comparaban los niños asmáticos con los sanos, los primeros obtenían diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de

TABLA VI

Valor de la t de Student y grado de significación (Beck)

Beck	G1-G2 (t/p)	G2-G3 (t/p)	G1-G3 (t/p)
B1	-0,58/28	0,37/35	-0,27/39
B2	0,11/45	1,1/13	1,32/09
B3	2,09/019*	-1,39/08	1,03/15
B4	0,62/26	0,57/28	1,43/07
B5	0,69/24	-0,63/26	0,14/44
B6	1,6/057	-0,55/29	1,51/06
B7	0,04/48	-0,07/47	-0,03/48
B8	1,08/14	-0,33/37	0,49/16
B9	-0,77/22	0,93/18	0,22/41
B10	-0,71/24	-0,11/45	-0,93/17
B11	-0,05/47	0,78/21	0,88/19
B12	-0,04/48	-0,2/42	-0,28/38
B13	-0,11/45	1,09/13	1,04/15
B14	3,02/001***	-1,93/028*	1,42/07
B15	0,91/18	0,39/34	1,68/047*
B16	0,98/16	-1,04/14	-0,15/48
B17	0,92/18	1,45/07	2,64/005**
B18	-0,26/39	0,12/45	-0,18/47
B19	1,1/13	-0,31/37	1/15
B20	2,11/019*	-1,52/06	0,8/21
B21	-0,26/38	0,02/49	-0,37/35
B Total	1,27/1	-0,32/37	1,16/12

G1= Asma; G2= Enf. Crónicas; G3= Sanos
 *= (p<0,5); **= (p<0,1); ***= (p<0,001).

TABLA VII

Medias (X) y desviaciones típicas de la prueba STAIC

STAIC	G1 (X/s)	G2 (X/s)	G3 (X/s)
AR	35,0/5,2	36,96/7,1	35,76/6,8
AE	30,49/5,6	29,09/7,2	29,01/5,9

G1= Asma; G2= Enf. Crónicas; G3= Sanos
 AR= Ansiedad rasgo; AE= Ansiedad Estado
 X = Medias; S= Desviación típica.

positivos varios y preocupación por la muerte/salud, en el sentido de esta más afectados por sentimientos depresivos.

Dentro de nuestro interés por estudiar las diferencias entre los tres grupos de nuestra investigación, pensamos que daría una gran información conocer si ciertas variables que considerábamos claves para diferenciar entre los grupos no sólo discriminaban entre grupos de niños o grupos de madres. Quería-

TABLA VIII

Contraste de medias de la prueba STAIC

STAIC	G1-G2 (t/p)	G2-G3 (t/p)	G1-G3 (t/p)
AR	-1,35/,18	0,83/,20	-0,73/,23
AE	0,99/,16	0,06/,47	1,45/,07

G1= Asma; G2= Enf. Crónicas; G3= Sanos
AR= Ansiedad rasgo; AE= Ansiedad Estado

TABLA IX

Medias (X) y desviaciones típicas (S) de la prueba C.D.S.

C.D.S.	G1 (X/s)	G2 (X/s)	G3 (X/s)
AR	24,8/8,2	22,8/10,1	20,8/10,5
AA	15,5/4,1	16,9/4,7	15,2/4,6
RA	18,03/5,7	21,3/6,5	17,3/6,6
PS	20,8/6,3	21,8/5,2	19,9/7,2
AE	20,4/6,4	21,9/5,9	20,02/7,4
PM	19,4/4,8	20,1/6,2	17,8/5,7
SC	22,6/5,7	25,3/5,4	23,6/6,8
DV	26,6/6,9	29,2/7,3	28,04/6,8
PV	23,89/6,0	24,09/5,7	22,2/5,1
TP	39,1/7,8	40,9/9,5	37,4/8,9
TD	128,7/28,4	140,8/32,6	127,5/34,5

G1= Asma; G2= Enf. Crónicas; G3= Sanos
AA= Animo-alegría; RA= Respuesta afectiva; PS= Problemas sociales; AE= Autoestima; PM= Preocupación por la muerte/salud; SC Sentimientos de culpabilidad; DV= Depresivos varios; PV= Positivos varios; TP= Total positivo; TD= Total depresivo.

mos saber si estas puntuaciones de las pruebas que miden ansiedad y depresión (que podemos decir que son las variables de las que más se ha hablado en la literatura sobre el asma y las enfermedades crónicas en general), tenían entre sí algún tipo de correlación dependiendo del grupo que se tratara, tanto las correspondientes a las madres/padres (BECK y STAI) como las de los niños (CDS y STAIC). Para ello, se llevaron a cabo correlaciones de Pearson entre las escalas del STAI, STAIC y las escalas de totales del BECK y CDS.

Los tres valores que aparecen en las tablas (Tablas XI a XIII) en los distintos cruces entre estas variables son respectivamente:

- el coeficiente de correlación,
- el número de casos,
- la significación estadística de esa correlación.

TABLA X

Contraste de medias (valor de t/grado de significación) en la escala C.D.S.

Beck	G1-G2 (t/p)	G2-G3 (t/p)	G1-G3 (t/p)
AA	-1,41/,82	1,69/,046*	0,35/,36
RA	-2,45/,005**	2,93/,002***	0,66/,25
PS	-0,75/,14	1,3/,98	0,69/,24
AE	-1,05/,14	1,3/,97	1,037/,35
PM	-0,58/,28	1,89/,03*	1,72/,04*
SC	-2,16/,01*	1,29/,09	-0,89/,19
DV	-1,61/,055	0,8/,21	-1,14/,12
PV	-0,15/,43	1,65/,051	1,70/,046**
TP	-0,95/,17	1,84/,03*	1,15/,12
TD	-1,82/,03*	1,88/,03*	0,22/,41

G1= Asma; G2= Enf. Crónicas; G3= Sanos
*= (p<0,5); **= (p<0,1); ***= (p<,005)

En lo correspondiente al grupo de niños asmáticos, como puede comprobarse en la Tabla XI, hay cuatro correlaciones de variables de la madre con variables del hijo significativamente estadísticas a un nivel de p<0,05 (aparecen en negrilla):

- la ansiedad rasgo de la madre y el total positivo de la escala de depresión infantil (p=0,001),
- la ansiedad estado materna y la ansiedad rasgo del niño (p=0,024),
- la depresión de la madre y el total depresivo infantil (p=0,003),
- la depresión materna y el total positivo de la depresión infantil (p=0,004),

Esto en cuanto a correlaciones significativas madres-hijos, aunque también hubo otras significativas, pero no eran correlaciones entre dos personas, sino entre puntuaciones obtenidas por un sujeto, bien madre o bien hijo. Como veremos más adelante, fue en el grupo de niños asmáticos donde más correlaciones de este tipo se hallaron.

En la Tabla XII, se muestran las correlaciones en el grupo de enfermos crónicos. En este caso, sólo apareció una correlación entre una variable materna y otra infantil, concretamente entre la ansiedad rasgo infantil y la puntuación adulta en depresión (p=0,024).

Al igual que en el caso anterior, hubo otras significativas pero no madre-hijo.

Por último, en el grupo de niños sanos (Tabla XIII), no se encontró ninguna correlación significativa madre-hijo entre las puntuaciones de las variables estudiadas, sólo correlaciones en las puntuaciones las pruebas de uno u otro (madre o hijo por separado).

TABLA XI

Correlaciones del grupo de niños asmáticos y sus progenitores

	CDSTP	CDSTD	STAI-AR	STAI-AE	STAIC-AR	STAIC-AE
CDSTP	1,0000 (0) P= ,	,1915 (55) P= ,081	,3945 (55) P= ,001	,0099 (55) P= ,471	-,0110 (55) P= ,468	,0318 (55) P= ,409
CDSTD	,1915 (55) P= ,081	1,0000 (0) P= ,	,2144 (55) P= ,058	,0027 (55) P= ,492	,2639 (55) P= ,026	,1186 (55) P= ,194
STAI-AR	,3945 (55) P= ,001	,2144 (55) P= ,058	1,0000 (0) P= ,	,3719 (55) P= ,003	,1271 (55) P= ,178	-,0975 (55) P= ,239
STAI-AE	,0099 (55) P= ,471	,0027 (55) P= ,492	,3719 (55) P= ,003	1,0000 (0) P= ,	,2669 (55) P= ,024	,0908 (55) P= ,255
STAIC-AR	-,0110 (55) P= ,468	,2639 (55) P= ,026	,1271 (55) P= ,178	,2669 (55) P= ,024	1,0000 (0) P= ,	,2359 (55) P= ,041
STAIC-AE	,0318 (55) P= ,409	,1186 (55) P= ,194	-,0975 (55) P= ,239	,0908 (55) P= ,255	,2359 (55) P= ,041	1,0000 (0) P= ,
BECK-TOT	,3729 (55) P= ,003	,3568 (55) P= ,004	,5346 (55) P= ,000	,1672 (55) P= ,111	-,0397 (55) P= ,387	-,1975 (55) P= ,074

CDSP= Total positivo de la CDS; CDSTD= Total depresivo de la CDS; STAI-AR= Ansiedad rasgo del STAI; STAI-AE= Ansiedad estado del STAI; STAIC-AR= Ansiedad rasgo del STAIC; STAIC-AE= Ansiedad estado del STAIC; BECK-TOT= Puntuación total del Beck.

Discusión

En el grupo 1 (niños asmáticos) fue donde más correlaciones entre las variables ansiedad y depresión de un niño y el progenitor que contestaba las pruebas se hallaron, por lo que parece confirmarse lo expuesto por otras investigaciones en que se habla de relación entre la ansiedad materna y el ajuste del niño (20), influencia en los niños de las actitudes parentales hacia la enfermedad (21), sobreprotección (22) o lazos más estrechos madre-hijo en enfermedades como el asma, en las que se habla de una "socialización restrictiva" (23).

También podría pensarse que el niño asmático ha observado con el paso del tiempo que sus ataques provocan ansiedad en sus madres, y que esta ansiedad materna (pánico a veces) ante los ataques

puede transmitirse al niño y hacer de él un chico "débil y asustadizo" ante la mínima dificultad respiratoria. Si además el hecho de tener síntomas asmáticos conlleva una serie de atenciones adicionales, se reforzará no el manejo del asma sino el estar enfermo, con consecuencias también para el resto de la familia, especialmente para los hermanos, que se ven desplazados por la atención requerida por el niño asmático. También pensamos que lo contrario es aplicable aquí: una madre con un nivel adecuado de ansiedad, que le permita manejar el asma sin implicarse emocionalmente hasta un grado patológico, podría hacer que su hijo manejara los ataques con un nivel de ansiedad igualmente adecuado. En este sentido, Mira, Belloch y Botella (24) han señalado la existencia de correlaciones negativas entre activación emocional y capacidad respiratoria.

TABLA XII

Correlaciones del grupo de niños enfermos crónicos y sus progenitores

	<i>CDSTP</i>	<i>CDSTD</i>	<i>STAI-AR</i>	<i>STAI-AE</i>	<i>STAI-AR</i>	<i>STAI-AE</i>
<i>CDSTP</i>	1,0000 (0) P= ,	-,0865 (32) P= ,319	,1035 (32) P= ,286	,1801 (32) P= ,162	,1796 (32) P= ,163	,1382 (32) P= ,225
<i>CDSTV</i>	-,0865 (32) P= ,319	1,0000 (0) P= ,	-,1428 (32) P= ,218	,1099 (32) P= ,275	,5628 (32) P= ,000	,2476 (32) P= ,086
<i>STAI AR</i>	-,1035 (32) P= ,286	-,1428 (32) P= ,218	1,0000 (0) P= ,	,5490 (32) P= ,001	,2751 (32) P= ,064	-,0740 (32) P= ,344
<i>STAI AE</i>	-,1081 (32) P= ,162	,1099 (32) P= ,275	,5490 (32) P= ,001	1,0000 (0) P= ,	,0561 (32) P= ,380	-,0717 (32) P= ,348
<i>STAI-AR</i>	,1796 (32) P= ,163	,5628 (32) P= ,000	,2751 (32) P= ,064	,0561 (32) P= ,380	1,0000 (0) P= ,	,4934 (32) P= ,002
<i>STAI-AE</i>	,1382 (32) P= ,225	,2476 (32) P= ,086	-,0740 (32) P= ,349	-,0717 (32) P= ,348	,4934 (32) P= ,002	1,0000 (0) P= ,
<i>BECK TOT</i>	,1231 (32) P= ,251	,0344 (32) P= ,426	,6193 (32) P= ,000	,4431 (32) P= ,006	,3535 (32) P= ,024	,1342 (32) P= ,232

CDSP= Total positivo de la CDS; CDSTD= Total depresivo de la CDS; STAI-AR= Ansiedad rasgo del STAI; STAI-AE= Ansiedad estado del STAI; STAI-AR= Ansiedad rasgo del STAI; STAI-AE= Ansiedad estado del STAI; BECK-TOT= Puntuación total del Beck.

Igualmente aparecen correlacionadas las puntuaciones depresivas de madre e hijo, lo cual puede ser peligroso, ya que se han llevado a cabo estudios que señalaban la depresión infantil como uno de los factores de riesgo de la muerte por asma (25). Si tanto niño como madre tienen un alta puntuación en depresión, serán menos capaces de percibir los síntomas previos a los ataques y tendrán que actuar cuando el tratamiento ya no es posible de aplicar en su propia casa. Hay que decir que es sólo en el grupo de niños asmáticos, comparado con el grupo de niños sanos y el de niños con otras enfermedades crónicas, es el único en el que aparecen correlacionadas significativamente las puntuaciones en depresión de madre e hijo.

Por último, también correlacionan las puntuaciones entre la ansiedad rasgo materna y la depresión

infantil, lo cual tiene implicaciones importantes para el tratamiento del asma, porque los niveles de ambas variables psicológicas podrían perpetuarse cuando se dan unos niveles elevados en ambas. De todo ello, se desprende la importancia que puede llegar a tener el conocimiento del estado psicológico no sólo del niño, sino de la figura familiar más importante para él y que además suele ser la que se encarga del cuidado de la enfermedad, ya que es posible que interactúen y dificulten el manejo de la misma. A veces es difícil decidir si estos problemas emocionales, cuando existen, son secundarios al asma o si el asma se ha desarrollado sobre la base de los mismos, pero lo que parece evidente es que ambos se perpetúan. Creemos que ya es tiempo de abandonar las disputas sobre qué fue antes y dedicarnos a mejorar, como profesionales sanitarios, los problemas emocionales,

TABLA XIII

Correlaciones del grupo de niños sanos y sus progenitores

	CDSTP	CDSTD	STAI-AR	STAI-AE	STAIC-AR	STAIC-AE
CDSTP	1,0000 (0) P= ,	,2741 (82) P= ,006	-,0329 (82) P= ,385	-,1605 (82) P= ,075	,2355 (82) P= ,017	,2409 (82) P= ,015
CDSTV	,2741 (82) P= ,006	1,0000 (0) P= ,	,1345 (82) P= ,114	,0558 (82) P= ,309	,3792 (82) P= ,000	,2385 (82) P= ,015
STAI AR	-,0329 (82) P= ,385	,1345 (82) P= ,114	1,0000 (0) P= ,	,5547 (82) P= ,000	,0625 (82) P= ,288	,1174 (82) P= ,147
STAI AE	-,1605 (82) P= ,075	,0558 (82) P= ,309	,5547 (82) P= ,000	1,0000 (0) P= ,	,0474 (82) P= ,336	,0575 (82) P= ,304
STAIC AR	,2355 (82) P= ,017	,3792 (82) P= ,000	,0625 (82) P= ,288	,0474 (82) P= ,336	1,0000 (0) P= ,	,0896 (82) P= ,212
STAIC AE	,2409 (82) P= ,015	,2385 (82) P= ,015	,1174 (82) P= ,147	,0575 (82) P= ,304	,0896 (82) P= ,212	1,0000 (0) P= ,
BECK TOT	-,0192 (82) P= ,432	,0268 (82) P= ,406	,6770 (82) P= ,000	,4206 (82) P= ,000	-,0076 (82) P= ,473	,0537 (82) P= ,316

CDSP= Total positivo de la CDS; CDSTD= Total depresivo de la CDS; STAI-AR= Ansiedad rasgo del STAI; STAI-AE= Ansiedad estado del STAI; STAIC-AR= Ansiedad rasgo del STAIC; STAIC-AE= Ansiedad estado del STAIC; BECK-TOT= Puntuación total del Beck.

conductuales y familiares que se dan en algunos de estos niños.

En lo referente a las correlaciones en el grupo de enfermos crónicos (G2), sólo apareció una correlación entre una variable materna y otra infantil, concretamente entre la ansiedad rasgo infantil y la puntuación materna en depresión. Al igual que en el caso anterior, hubo otras correlaciones estadísticamente significativas, pero no madre-hijo.

Por último, en el grupo de niños sanos, no se encontró ninguna correlación estadísticamente significativa madre-hijo entre las puntuaciones de las variables estudiadas, sólo correlaciones en las puntuaciones de las escalas de las pruebas de uno u otro (madre o hijo por separado). Parece que el hecho de no padecer una enfermedad crónica hace que las puntuaciones de ansiedad y depresión de madre e hijo no estén correlacionadas, quizá porque no exista

algo común tan importante por lo que preocuparse, como ocurre en los otros dos grupos, en que la gran preocupación común es la salud del niño.

Correspondencia:
Dr. J. F. Lozano Oyola
Facultad de Psicología
Avda. San Fco. Javier, s/n
41005 Sevilla

Bibliografía

1. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA.: DSM-IV. Barcelona: Masson. 1995.
2. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.: CIE-10. Madrid: Meditor. 1992.
3. ALVES, A.: Estudio de la personalidad asmática entre los ocho y los doce años de edad a través del C.P.Q., *Psiquis*, 1989; 5:25-29.
4. CREER, T. L.: *Asthma therapy: a behavioral health care system for respiratory disorders*. New York: Springer. 1979.
5. CRUZ, M.: *Tratado de Pediatría (vol. II)*. Barcelona: Expaxs. 1994.
6. KANNER, L.: *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires: Siglo XX. 1982.
7. AARON, N. S.: Some personality differences between asthmatic, allergic and normal children. *Journal of Clinical Psychology*, 1967; 23:336-340.
8. NELMS, B. C.: Emotional behaviors in chronically ill children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1989; 6:657-668.
9. BLANCO, A.; BANDA, A.; FRANCO, I.; SANTISTEBAN, E.; GUERRERO, J.; RODRIGUEZ, J.: Depresión y enfermedad en la infancia. *Phronesis*, 1986; 6:357-363.
10. LAMBERT, V. A.; LAMBERT, C. E.: Psychosocial impacts created by chronic illness. *Nursing Clinics of North America*, 1987; 3:527-533.
11. LIZASOAIN, O.; POLAINO, A.: Evaluación del auto-concepto infantil como consecuencia de la hospitalización. *Acta. Pediátrica Española*, 1988; 1:13-18.
12. PRUGH, D.; ECKARDT, L. O.: Reacciones infantiles a la enfermedad, la hospitalización y la cirugía. En A. M. Freedman, H. I. Kaplan y B. J. Sadock (comp.), *Tratado de Psiquiatría* Barcelona: Salvat. 1982; pp. 2315-2323.
13. ALEXANDER, A. B.: The treatment of psychosomatic disorders. En B. B. Lahey y A. E. Kazdin (ed.), *Advances in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press. 1980; vol. 3.
14. KAZAK, A. E.: Families of chronically ill children: a systems and social-ecological model of adaptation challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989; 1:25-30. 1989.
15. GILA, A.; MARTIN, M. A.: *El niño asmático*. Barcelona: Martínez Roca. 1991.
16. SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E.: *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI*. Madrid: TEA. 1982.
17. BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J.: An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961; 4:561-571.
18. SPIELBERGER, C. D.; EDWARDS, C.D.; MONTUORI, J.; LUSHENE, R.: *Cuestionario de Ansiedad-Estado-Rasgo en niños, STAIC*. Madrid: TEA. 1990.
19. LANG, M.; TISHER, M.: *Cuestionario de depresión para niños (3ª ed)*. Madrid: TEA. 1990.
20. KHAMPALIKIT, S.: The interrelationships between the asthmatic child's dependency behavior, the perception of his illness, and his mother's perception of his illness. *Maternal Child Nursing Journal*, 1983; 4:221-296.
21. JOHNSON, M.: Support groups for parents of chronically ill children. *Pediatric Nursing*, 1982; 8:160-163.
22. DEL BARRIO, Mª V.: *Temas de Psicopatología infantil*. Valencia: Promolibro. 1994.
23. LIEDTKE, R.: Socialization and psychosomatic disease: an empirical study of the educational style of parents with psychosomatic children. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1990; 4:208-213.
24. MIRA, J. M.; BELLOCH, A.; BOTELLA, C.: *Asma bronquial*. En A. Belloch y M. P. Barreto (comp.), *Psicología Clínica: Trastornos bio-psico-sociales*. Valencia: Promolibro. 1987.
25. FRIEDMAN, M. S.: Psychological factors associated with pediatric asthma death: a review. *Journal of Asthma*, 1984; 2:97-117.