

Diferencias conductuales y emocionales entre grupos de enfermos crónicos infanto-juveniles

Eva M^a Rubio Zarzuela¹, M^a Ángeles Pérez San Gregorio¹, José Conde Hernández² y Alfonso Blanco Picabia³

¹Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

²Facultad de Medicina. Departamento de Medicina

³Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría
Universidad de Sevilla

RESUMEN

La finalidad del presente estudio es valorar y comparar la presencia de factores emocionales y conductuales en ciertas enfermedades crónicas infanto-juveniles como el asma, la diabetes y otras patologías alérgicas. La muestra la constituyen 201 pacientes con asma, 30 individuos afectados de diabetes *mellitus* y 50 pacientes con otras patologías alérgicas. Todos los participantes cumplieron una encuesta sociodemográfica y el Cuestionario de Conductas Problemáticas del Asma (CCPA). Los resultados muestran que los niños y adolescentes asmáticos acusan más *conductas precipitantes, consecuencias psicológicas, efectos adversos y consecuencias en la vida social y/o laboral* que los pacientes afectados de diabetes u otras patologías alérgicas (rinitis, conjuntivitis o rinoconjuntivitis alérgica). Del mismo modo los enfermos con diabetes presentan puntuaciones significativamente más elevadas en los factores *emociones precipitantes, conductas de automanejo, respuesta social y consecuencias familiares*. Por tanto, la presencia de factores psicológicos como *adherencia al tratamiento, hábitos de salud, respuesta social, efectos adversos y consecuencias familiares*, parece estar más condicionada por el elemento cronicidad, estando presente por igual en grupos de crónicos con características similares.

Palabras clave: asma, diabetes, rinitis, conjuntivitis, factores emocionales y conductuales, niños, adolescentes.

Recibido: 12 de enero de 2010

Aceptado: 27 de septiembre de 2010

INTRODUCCIÓN

La enfermedad ha dejado de ser un concepto puramente biológico, para convertirse en una dimensión biopsicosocial (especialmente cuando hablamos de la enfermedad crónica). Consecuentemente su comprensión y abordaje debe hacerse desde una perspectiva multidisciplinar, con la aportación de las diferentes ciencias y la intervención de diversos profesionales, sobrepasando el campo puramente médico. Esto cobra una gran importancia en el ámbito infantil, donde la escuela, la familia y el contexto social en el que se desenvuelve el niño son especialmente importantes para él. Además el tratamiento se complica en los niños, ya que, debido a la escasa edad, es necesario implicar a los padres y allegados para que se adapten a la nueva situación de enfermedad del niño.

Respecto a los factores influyentes en la adaptación a la enfermedad, hemos de resaltar: la enfermedad en sí misma, las características individuales del niño y los factores ambientales (Johnson, 1985).

Asimismo, son de gran relevancia la comunicación del diagnóstico y otra serie de factores como la tensión física, psicológica o social del niño, su constitución genética, sus rasgos constitucionales, sus capacidades de desarrollo y el tipo de experiencias pasadas, incluida la experiencia de otras enfermedades (Levine, Carey, Crocker, & Gross, 1983).

Los factores emocionales también juegan un papel importante en la evolución y pronóstico de la enfermedad, por ejemplo, el grupo de investigación de Miller & Wood (Miller & Wood, 1994; Miller, Wood, Lim, Ballow, & Hsu, 2009), ha demostrado que la respuesta emocional y la reactividad fisiológica ante la proyección de la película ET en niños asmáticos está asociada con un aumento de la hiperreactividad bronquial y con un aumento de la función pulmonar. En esta línea, otros autores también han comprobado la capacidad que tienen ciertas emociones específicas para desencadenar exacerbaciones asmáticas. Así Ponder & Guill (1993), comprobaron que la risa y el pánico llegaron a provocar una crisis asmática en un campamento. Creer *et al.* (1988), concluyeron que las conductas de llanto y risa podían desencadenar asma, mientras que la tos y los estornudos

Dirección de contacto:

Eva M^a Rubio Zarzuela.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Facultad de Psicología.

C/. Camilo José Cela s/n. 41018-Sevilla.

E-mail: evarubio@us.es.

Teléfonos: 610711668-954557792.

Fax: 954557807

podían ser tanto síntomas como precipitantes del asma.

Por otro lado, en el ámbito de la diabetes la activación emocional que produce el estrés juega un papel muy importante en la desestabilización del control metabólico, ya que el estrés puede descompensar los niveles glucémicos mediante un efecto directo (secreción de adrenalina, noradrenalina, cortisol, etc.) o indirecto (hábitos inadecuados como dieta desequilibrada, olvidos en la medicación prescrita, etc.) (Méndez & Beléndez, 1994).

Las anteriores variables modulan en mayor o menor medida las repercusiones psicológicas que conllevan las enfermedades crónicas. No obstante, casi siempre están asociadas a un malestar general como resultado de la experiencia de los síntomas y de las limitaciones que conlleva la dolencia, lo cual puede producir en el paciente una situación de estrés y la vivencia de diversas emociones negativas. A esto hay que añadir las connotaciones de gravedad que habitualmente acompañan a las enfermedades crónicas infanto-juveniles tales como el coste financiero, los conflictos en la dinámica familiar o los problemas emocionales (Pascual, 1995).

Algunos de los factores de las enfermedades crónicas que han sido asociados con la aparición de problemas emocionales en pacientes crónicos son, entre otros, el vivir con una enfermedad crónica debilitante y dolorosa, el miedo a morir, el dolor, la necesidad de períodos de hospitalización, los cuidados diarios rutinarios, la pérdida de autonomía, los problemas financieros que conlleva la enfermedad, los cambios en las relaciones familiares y sociales, el perjuicio social y el aislamiento real o imaginario (Bussing & Burket, 1993; Jensen, 1995).

En esta línea, son numerosos los trabajos que señalan que además de los acontecimientos cotidianos estresantes, la condición de diabético implica la exposición a otras fuentes adicionales y específicas de estrés: las complejas conductas de autocuidado, la ocasional falta de especificación de la dieta alimenticia a seguir, las demandas diarias del tratamiento, las inyecciones de insulina, la constante monitorización de los niveles sanguíneos de glucosa, las permanentes tomas de decisiones ante los cambios en dichos niveles, y las presiones sociales para no cumplir el régimen (Johnson, 1992; La Greca *et al.*, 1995; Méndez & Beléndez, 1994).

Diversas investigaciones hablan de la presencia de problemas psiquiátricos o de alteraciones emocionales en esta población (Collins *et al.*, 2008; Sarafino, 1990; Zashikhina & Hagglof, 2007). Fowler, Johnson, & Atkinson (1985) comprobaron que los niños con alguna enfermedad crónica alcanzaban niveles de ejecución significativamente más pobres que los sanos y tenían una tasa más alta de disfunciones escolares (por ejemplo repetición de cursos, clases de apoyo y niveles académicos bajos). Además otras investigaciones añaden que el estar afectado de una enfermedad crónica puede influir en la percepción que los demás tienen del niño, lo cual repercute en un trato diferente que puede alterar su comportamiento (Creer, Stein, Rappaport, & Lewis, 1992). Así por ejemplo, Drotar (1993) apunta que el tener que medicarse en el colegio puede contribuir a que el niño se sienta diferente y tenga dificultades de adaptación social. La necesidad de medicación continua y la intrusión de la enfermedad en el estilo de vida del paciente es de especial dificultad en el adolescente, el cual a menudo reacciona con negación, ira y falta de cumplimiento (Brenner, 1991).

Existe un claro consenso en que los niños con una enfermedad crónica física presentan más problemas emocionales que los niños sanos (Hysing, Elgen, Gillberg, Lie, & Lundervold, 2007; Hysing, Elgen, Gillberg, & Lundervold, 2009; Rajesh, Krishnakumar, & Matthews, 2008). Así lo demuestran los trabajos de Lozano & Blanco (1996) al comparar niños asmáticos, sanos y otros crónicos, y encontrar que los niños asmáticos presentaban más trastornos emocionales. Por ejemplo, Lozano (1994) determinó que los niños asmáticos, al igual que sus madres, eran los que tenían una personalidad menos estable, más ansiosa y más introvertida en comparación con niños sanos y con otros niños con patologías crónicas, aún sin ser estas diferencias estadísticamente significativas. También destacó que los niños del grupo con otras enfermedades crónicas mostraban más depresión que los asmáticos pero estos últimos tenían peor autoestima y competencia social.

En la misma línea, Holden, Chmielewski, Nelson, & Kager (1997), hallaron que los niños con desórdenes tienen cinco veces más probabilidades de desarrollar problemas de adaptación comportamentales que los niños sin problemas. Shaw (1966), apuntó que las consecuencias emocionales más relevantes de una enfermedad física eran la ansiedad, el temor a morir, la culpabilidad y el deseo de recibir castigo, la ira y el resentimiento, la condescendencia consigo mismo, el deseo de llevar una vida normal, la disminución de la autoestima y la frustración. Forero, Bauman, Young, Booth, & Nutbeam (1996), también concluyeron que los niños y adolescentes asmáticos, en comparación con los no asmáticos, informaban de más reacciones emocionales como sentirse deprimido, infeliz y solo, nervioso y/o de mal humor. Alvim *et al.* (2008), determinaron, a raíz de su trabajo con adolescentes asmáticos, que la prevalencia de dificultades conductuales y emocionales era mayor en éstos que en adolescentes sin asma.

Concretamente, en el ámbito infantil, Bussing, Burket, & Kelleher (1996), estudiaron la presencia de problemas emocionales en niños asmáticos y la relación de éstos con la gravedad del asma y la comorbilidad médica. Evaluaron a niños de edades comprendidas entre los 5 y los 17 años separándolos en diversos grupos: niños enfermos crónicos, niños sin ninguna enfermedad crónica, niños con asma y alguna otra enfermedad crónica que aparece asociada al asma (infecciones auditivas, neumonía, rinitis, conjuntivitis, eccema), niños con esta misma enfermedad crónica pero sin asma y niños con asma sólo. Concluyeron que los niños con asma grave y otra enfermedad crónica asociada tenían un mayor riesgo de presentar conflictos emocionales y comportamentales que los niños sin ninguna condición crónica, manifestando más desfases académicos y más ausencias escolares. También hallaron que los niños con asma grave tenían más probabilidad de presentar alteraciones emocionales, comportamentales y de aprendizaje que los niños con asma leve o moderada. Del mismo modo Rietveld, Van Beest, & Prins (2005) seleccionaron una amplia muestra de adolescentes con el objeto de comparar la presencia de síntomas de depresión y ansiedad entre adolescentes afectados de diversas enfermedades crónicas y adolescentes sanos, señalando que el grupo de asma obtenía puntuaciones significativamente más altas en lo referente a ataques de pánico.

Son también muchas las investigaciones que se centran en las repercusiones emocionales de la diabetes. Méndez & Beléndez (1994) subrayan las repercusiones

que el tratamiento tiene en la esfera social del individuo, como el "estigma" de estar enfermo, el considerarse diferente a los demás y el tener que luchar con el desconocimiento y las ideas erróneas de la población general sobre la diabetes. De igual forma, Sudhir, Kumaraiah, Munichoodappa, & Kumar (2001) comentan que el manejo de la diabetes es particularmente difícil durante la adolescencia, ya que el curso de la enfermedad y su influencia en el crecimiento fisiológico del sujeto puede tener un alto impacto en el desarrollo psicológico del adolescente.

Además, las limitaciones en el estilo de vida no sólo afectan al paciente, sino que también implican a la familia. Paciente y familia tienen que afrontar problemas económicos, sociales y emocionales (Mitchell *et al.*, 2009). Las relaciones de la familia se ven seriamente afectadas, ya que son muchos los aspectos de la vida diaria los que se ven alterados debido a esta enfermedad (Sudhir *et al.*, 2001). Canonica, Mullol, Pradalier, & Didier (2008) confirmaron en su estudio que los pacientes con rinitis alérgica informaban de alteraciones del sueño, fatiga, irritabilidad y un amplio rango de problemas. Los pacientes estudiados percibían que sus síntomas alteraban su funcionamiento diario, afectando a una considerable parte del día, especialmente por las mañanas, cuando los síntomas eran más severos. En esta línea,

Sacchetti *et al.* (2007) evaluaron el impacto de la conjuntivitis alérgica severa en la calidad de vida diaria de 30 niños afectados de la enfermedad y resumieron que la mayoría de los pacientes informaban de picor, quemazón, enrojecimiento, necesidad de usar gotas oculares, lagrimeo y fotofobia. Además, los niños encontraban limitaciones para ir a la piscina, practicar deportes y hacer amigos.

Dada la implicación de las repercusiones psicosociales de las enfermedades crónicas en la evaluación y pronóstico de las mismas, en el presente estudio nos planteamos valorar y comparar la presencia de factores conductuales y emocionales en varias enfermedades crónicas infanto-juveniles como el asma, la diabetes o la rinoconjuntivitis alérgica.

MÉTODO

Participantes

Para lograr los objetivos planteados seleccionamos un total de 281 pacientes divididos en los tres grupos que se muestran en la tabla 1.

El grupo A estaba constituido por 201 asmáticos. Se intentó respetar la proporción de ambos sexos en la muestra, un 52% de niños y un 48% de niñas. Todos ellos estaban diagnosticados y tratados de asma

| Grupo | Enfermedad | Número | Rango de edad | Edades que agrupan mayor número de pacientes |
|-------|--|--------|---------------|--|
| A | Asma | 201 | 8-16 años | 11, 12 y 14 |
| B | Rinitis alérgica Conjuntivitis alérgica Rinoconjuntivitis alérgica | 50 | 8-16 años | 15 y 13 |
| C | Diabetes <i>mellitus</i> insulino-dependiente | 30 | 8-16 años | 11 y 13 |

Tabla 1. Características demográficas de los grupos de la muestra

bronquial extrínseca por el equipo de especialistas del Servicio Regional de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario "Virgen Macarena" de Sevilla. Este grupo se recogió a lo largo de 4 años y medio, con el propósito de controlar y eliminar como variable extraña el carácter estacional del asma.

Los otros dos grupos lo constituyen niños afectados de enfermedades crónicas en la medida en que la enfermedad se distinga en su curso y limitaciones físicas con respecto al asma, pero compartan características similares a las del asma, tales como ser una enfermedad no visible, con recidivas, que demanda atenciones sanitarias y familiares parecidas a las del asma, que precisa de adherencia a medicamentos o prescripciones médicas, que demanda de pocas hospitalizaciones, que no requiere intervención quirúrgica, que no tiene un pronóstico fatal o que hay cierta predisposición genética implicada.

El grupo B estaba constituido por 50 niños y adolescentes afectados por otras patologías alérgicas, un 62% eran niños y un 38% niñas. Todos ellos estaban diagnosticados y tratados de rinitis alérgica, conjuntivitis alérgica o rinoconjuntivitis alérgica por el equipo de especialistas del Servicio Regional de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario "Virgen Macarena" de Sevilla. Esta muestra se recogió durante el intervalo temporal de un año y con ello se pretendía eliminar la posibilidad de que los resultados encontrados pudieran atribuirse al carácter atópico del asma, ya que muchos de los niños asmáticos de nuestra muestra tenían otros síntomas alérgicos asociados, como la rinitis y/o la conjuntivitis.

El grupo C estaba constituido por 30 pacientes diagnosticados y tratados de diabetes *mellitus* insulino-dependiente por el equipo de especialistas del Servicio de Endocrinología Pediátrica del Hospital Universitario "Virgen Macarena" de Sevilla. Esta muestra la constituían un 70% de niños y un 30% de niñas, y se recogió durante el intervalo temporal de un año.

Los criterios de inclusión en los tres grupos fueron los siguientes: 1) tener una edad comprendida entre los 8 y 16 años; 2) estar diagnosticado y tratado de la enfermedad que caracteriza al grupo. Concretamente asma bronquial extrínseca en base a la definición de la American Thoracic Society y al Consenso Internacional para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma, establecido para los distintos estadios de gravedad (National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, 1995 y 2003) (grupo A), rinitis alérgica, conjuntivitis alérgica o rinoconjuntivitis alérgica (grupo B), y diabetes *mellitus* insulino-dependiente (grupo C), y 3) asistir de forma regular a las consultas externas al Servicio en el que se ha realizado el diagnóstico y tratamiento, con la finalidad de controlar la variable "atención médica".

Los criterios de exclusión para todos los grupos fueron los siguientes: padecer deficiencia mental, padecer un trastorno psicopatológico, padecer otra enfermedad crónica asociada, estar hospitalizado y haber experimentado acontecimientos traumáticos en los últimos seis meses.

Procedimiento

El proceso de selección y derivación de los tres

grupos de pacientes fue el siguiente: en el caso de los grupos de pacientes asmáticos (grupo A) y con otras patologías alérgicas (grupo B), el primer paso era la previa revisión de las historias clínicas de los pacientes que ese día iban a pasar a consulta. Este primer paso se diseñó una vez comprobado que no existía ningún criterio administrativo específico para dar cita a los pacientes unos determinados días y partiendo de que todos los pacientes que asistían al Servicio tenían igual probabilidad de ser elegidos. Respecto al grupo de pacientes diabéticos (grupo C), se realizaba una revisión inicial de todas las historias clínicas con el médico especialista, seleccionando los pacientes que cumplían los criterios de inclusión exigidos.

En los grupos A y B, si el paciente cumplía los criterios de inclusión exigidos, se le indicaba por escrito al médico alergólogo, mediante una nota en la historia del paciente, que cumplía los requisitos para el estudio. El especialista sanitario le explicaba al enfermo y a sus padres en consulta, que como parte de la atención prestada en el Servicio de Alergia, se estaba haciendo una valoración psicológica del paciente, señalando la conveniencia de participar en la investigación. Si el paciente accedía, el médico derivaba el paciente al equipo de valoración psicológica. En el grupo C el médico especialista se ponía en contacto telefónico con el paciente y sus padres, indicándoles que como parte de la atención prestada en el Servicio de Endocrinología, se estaba haciendo una valoración psicológica del paciente, que formaba parte de una investigación. Si el paciente y su familia accedían, el endocrino derivaba el paciente al equipo de valoración psicológica.

En los tres grupos el equipo de valoración daba cita al paciente y a sus padres para la evaluación psicológica, la gran mayoría de las veces por la tarde, con el objeto de evitar el absentismo escolar y por la mayor disponibilidad de espacios en este momento del día.

Durante ésta se procedía a complimentar el consentimiento informado y a entrevistarnos con los pacientes. Se recogían los datos clínicos y sociodemográficos básicos y se proporcionaban instrucciones al paciente sobre el modo de complimentar el "Cuestionario de Problemas Conductuales de la Enfermedad", pidiéndoles que leyeran y contestaran atentamente cada uno de los ítems del instrumento. En algunos casos el entrevistador tuvo que hacer aclaraciones respecto a algún ítem o recurrir a algún sinónimo para que el ítem fuera entendido por los pacientes.

Instrumentos

Tras explicar a los participantes el propósito del estudio y una vez recopilados los datos clínicos y sociodemográficos, aplicamos el *Cuestionario de Conductas Problemáticas del Asma (CCPA) para niños*. Este cuestionario se deriva del inventario de conductas problemáticas relacionadas con el asma "*Asthma Problem Behavior Checklist*" (APBC). El APBC fue diseñado por Creer, Marion y Creer en 1983 en el Instituto Hospital para la Investigación de Niños Asmáticos en Denver (Creer *et al.*, 1989).

El CCPA ha sido validado por Rubio, Pérez, Conde, & Blanco (2004) con población asmática infanto-juvenil española, concluyendo que se trata de un instrumento válido y fiable a la hora de detectar problemas conductuales asociados al asma en niños y jóvenes afectados de esta enfermedad. La fiabilidad del instrumento se determinó a través de la consistencia interna de las

medidas y de su estabilidad mediante el método test-retest, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.865 y una correlación test-retest de 0.886. Consta de 76 ítems que se responden en una escala que oscila entre 1 (nunca) a 5 (siempre), y que se agrupan en las siguientes áreas: adherencia al tratamiento (ejemplo: "*¿Sigues cuidadosamente las instrucciones sobre la medicación?*"), hábitos de salud (ejemplo: "*¿Practicar ejercicio regularmente?*"), conductas precipitantes de la enfermedad (ejemplo: "*¿Puede alguna de las siguientes conductas producirte una crisis de asma?: Reír*"), emociones precipitantes de la enfermedad (ejemplo: "*¿Puede provocarte una crisis de asma alguno de los siguientes factores?: Miedo*"), conductas de automanejo de la enfermedad (ejemplo: "*¿Inicias el tratamiento tan pronto detectas un ataque?*"), respuesta social ante la enfermedad (ejemplo: "*Cuando tienes una crisis de asma, ¿te ayuda alguien de la siguiente lista a manejarla de forma más rápida y eficientemente?: Alguien de tu familia (padres, hermanos...)*"), consecuencias psicológicas de la enfermedad en el niño o adolescente (ejemplo: "*¿Piensas o sientes que el asma es el centro de tu vida?*"), efectos adversos de la medicación (ejemplo: "*¿Experimentas alguno de los siguientes cambios físicos tras haber iniciado el tratamiento para tu asma?: Pérdida de apetito*"), consecuencias familiares de la enfermedad (ejemplo: "*¿Se centran las actividades de tu familia en tu asma?*") y consecuencias de la enfermedad en la vida social y/o laboral del paciente y su familia (ejemplo: "*¿Experimentas tú o algún miembro de tu familia algunas dificultades con los siguientes factores a causa de tu asma?: Trabajo*").

Para los grupos de pacientes diabéticos y pacientes afectados de otras patologías alérgicas se realizaron ligeras modificaciones en algunos ítems, concretamente cuando aparecía el término "crisis de asma", se sustituyó por "crisis de glucemia" o "crisis de alergia" según se tratara de una u otra enfermedad. Por ejemplo en el ítem "*¿Piensas que siempre puedes decir cuando vas a tener una crisis de asma?*", se cambió la palabra "crisis de asma" por "crisis de alergia" o por "crisis de glucemia" dando lugar a "*¿Piensas que siempre puedes decir cuando vas a tener una crisis de alergia?*" o "*¿Piensas que siempre puedes decir cuando vas a tener una crisis de glucemia?*", según se tratara de rinitis o conjuntivitis alérgica o de diabetes.

Análisis de datos

Para comprobar si había diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de enfermedades (asma, diabetes y otras patologías alérgicas) en lo que respecta a los factores incluidos en el CCPA, se hallaron las medias y las desviaciones típicas de cada uno de los grupos en cada variable. Se aplicó el estadístico de Levene y posteriormente una prueba estadística paramétrica (análisis de varianzas) o no paramétrica (H de Kruskal) en función de la existencia o no de varianzas homogéneas. Posteriormente, para determinar entre qué grupos se hallaban las diferencias, se llevaron a cabo contrastes a posteriori de Scheffé o la prueba U de Mann-Whitney en función de la distribución, paramétrica o no paramétrica, de la variable a comparar.

RESULTADOS

Como se refleja en las tablas 2 y 3, la comparación de medias arroja los siguientes resultados:

El grupo de asma, en base al resultado de la

prueba U de Mann-Whitney, se diferencia de forma significativa del resto de los grupos en las variables *conductas precipitantes y consecuencias sociales (consecuencias de la enfermedad en la vida social y/o laboral del paciente y/o su familias)*, obteniendo este grupo una media más elevada en ambos factores. En la variable *efectos adversos*, la U de Mann-Whitney determina que solamente los grupos *asma y otras patologías alérgicas* son significativamente diferentes entre sí.

El resultado de la aplicación de la prueba post-hoc en el área *respuesta social*, y del procedimiento U de Mann-Whitney en el área *consecuencias familiares*, aclara que existen diferencias significativas entre el grupo de *otras patologías alérgicas* y el resto de grupos, obteniendo éste menor media en ambas variables.

| | | Media (DT) | Estadístico de contraste | p |
|---|----------------------------|-------------|--------------------------|-------|
| Adherencia al tratamiento | Asma | 4.22 (0.61) | 4.60 | .10 |
| | Diabetes | 4.49 (0.38) | | |
| | Otras patologías alérgicas | 4.25 (0.67) | | |
| Hábitos de salud ° | Asma | 4.32 (0.46) | .81 | .44 |
| | Diabetes | 4.43 (0.48) | | |
| | Otras patologías alérgicas | 4.34 (0.38) | | |
| Conductas precipitantes | Asma | 2.27 (0.86) | 68.23 | .00** |
| | Diabetes | 1.66 (0.50) | | |
| | Otras patologías alérgicas | 1.28 (0.27) | | |
| Emociones precipitantes | Asma | 1.60 (0.72) | 40.94 | .00** |
| | Diabetes | 1.89 (0.93) | | |
| | Otras patologías alérgicas | 1.04 (0.10) | | |
| Conductas de automanejo ° | Asma | 3.63 (0.09) | 4.598 | .01** |
| | Diabetes | 3.95 (0.43) | | |
| | Otras patologías alérgicas | 3.57 (0.54) | | |
| Respuesta social ° | Asma | 2.74 (0.86) | 19.78 | .00** |
| | Diabetes | 2.80 (0.71) | | |
| | Otras patologías alérgicas | 1.94 (0.76) | | |
| Consecuencias psicológicas | Asma | 1.60 (0.52) | 47.46 | .00** |
| | Diabetes | 1.49 (0.31) | | |
| | Otras patologías alérgicas | 1.15 (0.17) | | |
| Efectos adversos | Asma | 1.27 (0.36) | 21.10 | .00** |
| | Diabetes | 1.19 (0.31) | | |
| | Otras patologías alérgicas | 1.05 (0.11) | | |
| Consecuencias familiares | Asma | 1.70 (0.51) | 47.45 | .00** |
| | Diabetes | 1.82 (0.39) | | |
| | Otras patologías alérgicas | 1.23 (0.30) | | |
| Consecuencias sociales y/o laborales | Asma | 1.95 (0.95) | 52.44 | .00** |
| | Diabetes | 1.26 (0.45) | | |
| | Otras patologías alérgicas | 1.10 (0.31) | | |

Tabla 2. Comparación entre los grupos de enfermos crónicos infanto-juveniles. Análisis de Varianza y Prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis.

| | Grupos contrastados | Estadístico de contraste | p |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-------|
| Conductas precipitantes | Asma/Otras patologías alérgicas | 1728.00 | .00** |
| | Asma/Diabetes | 1219.00 | .00** |
| | Diabetes/Otras patologías alérgicas | 411.00 | .00** |
| Emociones precipitantes | Asma/Otras patologías alérgicas | 2403.50 | .06 |
| | Asma/Diabetes | 1219.00 | .00** |
| | Diabetes/Otras patologías alérgicas | 219.50 | .00** |
| Conductas de automanejo ° | Asma/ Otras patologías alérgicas | 5.517E-02 | .83 |
| | Asma/ Diabetes | -.32* | .01** |
| | Otras patologías alérgicas/ Diabetes | .37* | .02* |
| Respuesta social ° | Asma/ Otras patologías alérgicas | .80* | .00** |
| | Asma/ Diabetes | -5.9577E-02 | .93 |
| | Otras patologías alérgicas/ Diabetes | -.86* | .00** |
| Consecuencias psicológicas | Asma/Otras patologías alérgicas | 1951.00 | .00** |
| | Asma/Diabetes | 2801.00 | .53 |
| | Diabetes/Otras patologías alérgicas | 252.50 | .00** |
| Efectos adversos | Asma/Otras patologías alérgicas | 3055.00 | .00** |
| | Asma/Diabetes | 2550.00 | .15 |
| | Diabetes/Otras patologías alérgicas | 597.00 | .06 |
| Consecuencias familiares | Asma/Otras patologías alérgicas | 2115.50 | .00** |
| | Asma/Diabetes | 2472.00 | .11 |
| | Diabetes/Otras patologías alérgicas | 180.00 | .00** |
| Consecuencias sociales y/o laborales | Asma/Otras patologías alérgicas | 2142.00 | .00** |
| | Asma/Diabetes | 1724.00 | .00** |
| | Diabetes/Otras patologías alérgicas | 576.50 | .02* |

Tabla 3. Comparación entre los grupos de enfermos crónicos infanto-juveniles. Prueba post-hoc de Scheffé y Prueba U de Mann-Whitney.

En lo que respecta a la variable *consecuencias psicológicas* el procedimiento U de Mann-Whitney establece que el grupo de *otras patologías alérgicas* se diferencia de forma significativa del resto en dicha variable, correspondiendo la puntuación más alta a los pacientes con asma.

El grupo de diabetes se diferencia significativamente del resto en la variable *emociones precipitantes*, como se comprueba con la prueba U de Mann-Whitney, señalando este grupo un mayor número de emociones precipitantes, y en la variable *conductas de automanejo*, tal y como confirma la prueba de Scheffé, realizando este grupo un mayor número de conductas de automanejo.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran que existen diferencias en la amplia mayoría de factores emocionales valorados en función del tipo de enfermedad crónica estudiada (asma, diabetes u otras patologías alérgicas). No se encuentran diferencias significativas entre los tres grupos de enfermedad en lo referente al factor *adherencia a la medicación y hábitos de salud*, y aunque las tres medias son altas, cabe destacar que la más alta corresponde a la diabetes y la más baja a los pacientes con asma.

Frey (1996), determinó mediante cuestionarios de autocuidado que tanto en niños asmáticos como en diabéticos el comportamiento de salud en general estaba relacionado con el estado de salud. Este autor también encontró en niños diabéticos y asmáticos que un mejor manejo de la enfermedad repercute en una mayor percepción de su estado de salud, mejor estado físico y mental y mejor control metabólico. Esto coincide con nuestros resultados en el grupo de diabetes, ya que los diabéticos son los que mayor media presentan en el área *conductas de automanejo* (manteniendo además una diferencia significativa con los otros dos grupos), los que mayor media tienen en el factor *hábitos de salud* y además presentan menos *consecuencias psicológicas* que el grupo de asma.

Los fallos en conductas de salud (hábitos de salud) son igualmente peligrosos para niños con asma, con otras patologías alérgicas y con diabetes. Frey, Guthrie, Loveland-Cherry, Park, & Foster (1997), llevaron a cabo un estudio sobre la relación de los comportamientos de riesgo en 155 diabéticos adolescentes y comprobaron que un alto porcentaje de la muestra informaba de abuso del alcohol, mantenían relaciones sexuales sin protección, y fumaba cigarrillos.

El grupo de asma es el que mayor número de *conductas precipitantes* identifica, seguido del grupo de diabetes y del de otras patologías alérgicas, siendo todos los grupos distintos entre sí de forma significativa. En lo relativo al área *emociones precipitantes*, el grupo de diabetes es el que más emociones precipitantes especifica, siendo relevante esta diferencia con respecto a los otros dos grupos.

Aunque la diabetes también está afectada por el estrés y otros estados emocionales, el término psicósomático se halla más unido al asma (Hindi-Alexander, 1983), incluso durante largo tiempo se ha considerado que factores emocionales eran los causantes directos de la enfermedad. Sin embargo, nuestros resultados, en la línea de los obtenidos por Delameter (1992), demuestran

que las emociones están más presentes en los diabéticos y como advierte el autor el estrés puede tener efectos desastrosos, ya que es un factor significativo que contribuye a la disrupción del control metabólico, que puede hacerse directamente mediante mecanismos fisiológicos (hormonas contrarregulatorias) o indirectamente afectando el cumplimiento terapéutico, o mediante ambas vías (Silverstein *et al.*, 2005). Sin embargo, los estudios destinados a demostrar los efectos del estrés psicológico en los jóvenes con diabetes, tienen muestras pequeñas, lo cual limita la generalización de los resultados.

En esta misma línea numerosas investigaciones (Helgeson, Escobar, Siminerio, & Becker, 2010, Schilling, *et al.*, 2009) han determinado que la falta de manejo del estrés emocional están relacionados con un peor control metabólico. En este sentido, el exceso de activación fisiológica se traduce en un aumento de los niveles de colesterol, triglicéridos, y cuerpos cetónicos que el diabético no está preparado para contrarregular.

Pero no todos los diabéticos responden de igual forma ante el estrés, Mendez & Beléndez (1994) revisaron diversos trabajos referentes al efecto del estrés sobre el nivel de glucosa en sangre y concluyeron que existía una gran diferencia en la vulnerabilidad metabólica al estrés encontrada entre los sujetos insulino dependientes. Dichas diferencias dependían, entre otras, de las siguientes variables: estrategias de afrontamiento empleadas frente al estrés y las características de los estímulos estresantes. Como Mendez & Beléndez (1984) sostienen, esta sensibilidad ante los factores emocionales puede ser explicada por los efectos colaterales del tratamiento, como los episodios hipoglucémicos, que se dan con bastante frecuencia en diabéticos insulino dependientes, desarrollando así el miedo a la hipoglucemia. Estos autores estudiaron una serie de investigaciones destinadas a explicar los factores que intervienen en el desarrollo de este miedo y entre otros destacaron: la experiencia previa de estos episodios de hipoglucemia, la incertidumbre sobre las posibles complicaciones futuras, la dificultad para diferenciar entre diferentes tipos de síntomas, los sentimientos de frustración ante niveles altos de glucemia inexplicados o las repercusiones aversivas (físicas, cognitivas, motoras y sociales) que traen consigo estos episodios hipoglucémicos.

Existe una diferencia significativa entre los pacientes diabéticos con el resto de los grupos, realizando este grupo un mayor número de *conductas de automanejo*. Milousheva, Kobayashi, & Matsui (1996), encontraron diferencias en función del sexo con respecto a las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad empleadas en 43 niños, adolescentes y jóvenes diabéticos, medido a través de un cuestionario de estrategias de afrontamiento. Las estrategias más empleadas por los varones eran la “evitación conductual”, seguida de la “distracción cognitiva” y la “distracción conductual”. En el grupo femenino las más nombradas eran “buscar apoyo social (hablar con los amigos)” y “distracción comportamental” seguidas de “actividades agresivas”.

Esta diferencia en habilidades de autocuidado de la dolencia puede constituir un elemento de riesgo para los otros dos grupos de pacientes, especialmente para el grupo asmático, ya que los problemas emocionales y comportamentales relacionados con el control de la enfermedad (disfunción o conflicto familiar, pobre adherencia a la medicación, deficiente autocuidado, problemas de percepción de síntomas) están implicados en

la mortalidad asmática (Lehrer, Sargunraj, & Hochron, 1992).

También aquí se puede explicar la diferencia de comportamientos de autocuidado entre los grupos de asma y diabetes en el comienzo de ambas patologías. Como hemos referido anteriormente el inicio de la diabetes suele ser más brusco que el del asma, y desde ese momento los mecanismos de actuación llevados a cabo por el personal sanitario están fundamentalmente destinados a que el enfermo y su familia tomen conciencia de su condición crónica, de la importancia del cumplimiento de las pautas médicas prescritas y del manejo de la enfermedad. Esta serie de acontecimientos, que no se dan en el comienzo del asma, aunque a corto plazo sea quizá impactante, a largo plazo van a traer como consecuencia una mayor asimilación del problema, incidiendo de forma directa en el control por parte del individuo de su enfermedad.

Todo esto lleva a que realmente el diabético sabe que es diabético desde que comienza su dolencia y como tal le han enseñado todo lo que tiene que hacer, a pesar de que los cuidados relacionados con su enfermedad requieren de conductas muy técnicas y especializadas. Por el contrario pueden pasar meses o años desde las primeras sibilancias, las primeras disneas, los primeros broncodilatadores, hasta que un asmático oye la palabra "asma". Hasta entonces lo que ha oído de la madre es "mi niño sólo tiene bronquitis", "la tos es de la alergia", etc.

El manejo de la diabetes exige también un mayor rigor en sus labores de cuidado. La mejora del control sobre la diabetes lleva implícito la valoración diaria de los niveles de glucosa, la aplicación de inyectables de insulina, la adherencia a un régimen de comidas y la realización de ejercicio. Por tanto, como recomienda Faulkner (1996), las habilidades de automanejo en las que se tienen que entrenar a los pacientes diabéticos son aprender sobre la diabetes, conocer sobre las dosis de insulina, administrarse la insulina, monitorizar los niveles de glucosa, mantener las prácticas dietéticas, hacer ejercicio, asumir un grado de responsabilidad y de toma de decisiones. El sistema sanitario, en sus estrictas y rigurosas revisiones médicas, se encarga de recordarle y hacer tomar conciencia al niño y adolescente diabético de su condición crónica y su autocuidado. Los niños diabéticos son capaces de asumir un papel significativo en el cuidado de su diabetes sobre los 12 años (Faulkner, 1996; Johnson, 1989). En el asmático todavía la labor de enfermería es competencia de los padres, hecho que se ha complicado con los laboriosos inhaladores y dispositivos de inhalación y con la aparición de diversos medicamentos con distintas finalidades y variados formatos. Esto provoca que la mayoría de los niños y adolescentes con asma "no sepan" cuál es su tratamiento, "se olviden de los medicamentos" o "no sepan cómo tomarlos". En este sentido, Leiria *et al.* (1999), comentan que sólo un 29% de los asmáticos llevan con ellos su medicación.

A todo ello se une la capacidad de identificación de los síntomas que debe tener el enfermo. Johnson (1989), sostiene que el niño debe ser sensible a los signos y síntomas de la hipoglucemia e hiperglucemia, debiendo conocer las acciones que debe llevar a cabo con rapidez. Pero las crisis de glucemia son fácilmente identificables ya que se anuncian con multitud de síntomas. Así la hipoglucemia suele iniciarse con temblores, mareos, sudoración, palidez facial, hambre, cansancio o pesadez, escalofrío, convulsiones, desorientación, debili-

dad, visión borrosa o doble, hormigueos en las extremidades, dolor de oídos, taquicardia, malestar gástrico, cefalea o intranquilidad. En la hiperglucemia debe alertarnos la sudoración, micción frecuente, sed, mareos, cansancio, cefalea, sequedad de boca, náuseas, dolor abdominal, sensación de calor, nerviosismo, euforia, irritación o apatía. En el asma, el niño o adolescente también debe estar atento a los síntomas anunciadores de empeoramiento respiratorio, pero sin embargo no todas las crisis tienen síntomas anunciadores, ni todos los pacientes son capaces de reconocerlos. Además, en algunos casos los asmáticos no detectan los estímulos discriminativos (sensación de picor e irritación en la garganta, cuello o parte superior del tórax) de las crisis. En nuestra muestra hemos hallado enfermos que eran incapaces de reconocer la presencia de sibilancias, ya que era asociado con su estado normal o incluso pacientes que comentaban "me ahogo lo normal".

En lo referente a la variable *respuesta social* en las medias de los diversos grupos se observa que existen diferencias significativas entre el grupo de otras patologías alérgicas y el resto de grupos, presentando menor media que los otros dos grupos, que obtienen puntuaciones similares. Esto sugiere que el factor de impacto social está igualado en el asma y en la diabetes. Resulta esperado si tenemos en cuenta que los denominadores comunes (hospitalizaciones, ausencias escolares, limitaciones y restricciones) de estas dos enfermedades son más impactantes que las características compartidas con otras patologías alérgicas.

Respecto a las *consecuencias psicológicas* de la enfermedad, los enfermos afectados de otras patologías alérgicas tienen la menor media, diferenciándose de forma significativa del resto. Los pacientes asmáticos identifican más consecuencias psicológicas que los diabéticos, pero no de forma relevante.

Padur *et al.* (1995) encontraron, comparando niños diabéticos, asmáticos, con cáncer y sanos, que los pacientes con asma tenían más problemas afectivos y limitaciones funcionales, puntuando significativamente más alto en lo que respecta a depresión y problemas conductuales. Sillanpaa (1987), estudió 532 niños con diversas enfermedades crónicas (epilepsia, asma, diabetes, parálisis cerebral, disfunción cerebral y enfermedad coronaria) y concluyó también que los niños con asma, tenían en proporción más problemas comportamentales que los diabéticos (58% versus 53%), aunque menos que los niños con el resto de las enfermedades.

La aparición de estas repercusiones emocionales puede ser explicada por el elemento cronicidad, pero precisando algunos matices, ya que la presencia de consecuencias psicológicas parece estar en otras enfermedades crónicas que tienen características parecidas aunque quizás no síntomas tan espectaculares como el asma. Coincidimos por tanto con autores que concluyen la existencia de problemas conductuales en el asma, en función del grupo de referencia con el que se compare (McQuaid *et al.*, 2001). Estas características parecen centrarse no sólo en la fisiopatología (enfermedad no visible, de naturaleza episódica, que no tiene un pronóstico fatal, que hay cierta predisposición genética implicada) o el tratamiento diario (cumplimiento de prescripciones farmacológicas y médicas, no exigencia de muchas hospitalizaciones, no precisa intervención quirúrgica), sino también en las demandas psicosociales de la dolencia o a la afectación de forma significativa a la calidad de vida del enfermo. Pero no coincidimos con

Bussing *et al.* (1996) en atribuir exclusivamente a la cronicidad las disfunciones emocionales encontradas. Estos autores estudiaron la presencia de problemas emocionales en niños asmáticos y la relación de estos con la gravedad del asma y la comorbilidad médica. Evaluaron mediante el Child Behavior Checklist a niños de 5 a 17 años separándolos en los siguientes grupos: niños crónicos, niños sin ninguna enfermedad crónica, niños con asma y alguna otra enfermedad crónica que aparece asociada al asma (infecciones auditivas, neumonía, rinitis, conjuntivitis, eccema), niños con esta misma enfermedad crónica pero sin asma y niños con asma sólo. Determinaron que los niños con asma y otra enfermedad asociada tenían un riesgo significativo de presentar más problemas emocionales y comportamentales que los niños sin asma y que los niños sin ninguna condición crónica, manifestando más problemas académicos, más ausencias escolares, estableciendo que los problemas comportamentales son atribuibles a la cronicidad de la enfermedad, no a las características del asma.

En nuestra investigación se refleja que los pacientes asmáticos son los que más limitaciones psicológicas presentan, probablemente, porque debe existir algún elemento, distinto de la cronicidad, que sumado a ella esté relacionado con más problemas emocionales en estos pacientes. En este sentido, de nuevo tenemos que aludir al carácter imprevisible (no sabe cuándo le va a dar), intermitente (pero sabe que le va a dar), variable (variabilidad de estímulos provocadores) y reversible de los ataques, y a la sintomatología característica de las crisis.

De hecho, la variabilidad y la impredecibilidad no suponen un problema en el caso de la diabetes. En la diabetes la fácil monitorización hace posible detectar incluso los más pequeños cambios en el nivel de glucemia, permitiendo predecir las posibles crisis y así tomar las medidas oportunas. Esto no es replicable en el asma, ya que el medidor de pico flujo no es accesible para todos los asmáticos y el PEFR (Tasa de Pico Flujo Espiratorio) puede cambiar en cuestión de segundos si se entra en contacto con el alérgeno. A todo ello se une que el individuo diabético tiene un mayor manejo de sus precipitantes mientras que al asmático le resulta más difícil controlar desencadenantes como los ácaros, o los hongos o el polen que entra por la ventana del colegio. En esta misma línea, Padur *et al.* (1995), atribuyeron los resultados de su trabajo a la sobreprotección ejercida por los padres por temor al carácter impredecible de los episodios de asma. Emociones como la ansiedad, la ira o la frustración, pueden aparecer como resultado de esta naturaleza imprevisible e incierta de los episodios asmáticos. Vázquez & Buceta (1994), advierten también que la ansiedad resultante de los ataques puede desencadenar una situación crónica de activación fisiológica que contribuye a la aparición de nuevas reagudizaciones.

Otro aspecto que puede contribuir a aclarar las diferencias encontradas es la sintomatología propia del asmático. Aunque la diabetes puede provocar serias complicaciones a largo plazo como la ceguera, la enfermedad renal o la enfermedad cardíaca aterosclerótica, esto no es todavía claramente integrado por el paciente con diabetes, que percibe la sensación de peligro muy lejana. Esta sensación es más cercana en el asmático, que siente claramente la falta de aire, la dificultad para respirar y la amenaza de la muerte, provocando sentimientos de angustia, ansiedad y frustración. Por otro lado, son numerosas las restricciones de actividad que sufren los

asmáticos a causa la sintomatología. El niño o adolescente con asma es consciente de su incapacidad para llevar a cabo las actividades que todos sus iguales pueden realizar, apareciendo sentimientos como la frustración o el sentirse diferente a los demás.

La diferencia entre asma y diabetes también puede estribar en la amplia labor de educación diabetológica recibida por el enfermo con diabetes, en la cual se fomenta y se hace especial énfasis en el cumplimiento del tratamiento y en el adecuado control metabólico, factores que varias investigaciones encuentran asociados con el equilibrio emocional. Así, Delamater (1992) comenta, a raíz de la revisión de varios estudios, que el afrontamiento emocional en niños diabéticos está asociado con un peor ajuste psicosocial, con una mala adherencia a la medicación y con un peor control metabólico. Fonagy, Moran, & Higgitt (1989), revisaron una serie de investigaciones llevadas a cabo con niños diabéticos y concluyeron que un pobre control diabético está relacionado con la presencia de problemas emocionales, psicopatológicos y familiares. Igualmente Johnson (1985), comenta que los pacientes con control metabólico pobre tienen más conflictos interpersonales que aquellos con buen control. Puerto, Vaz, Rayo, & Moreno (1994), estudiaron la relación entre ciertas variables psicológicas y el control metabólico en 28 niños con diabetes *mellitus* y hallaron que a peor control metabólico más problemas emocionales (ansiedad y depresión).

En lo que respecta a la variable *efectos adversos*, el grupo de asma es el que mayor número de éstos identifica y el grupo de otras patologías alérgicas el que menos, siendo ambos significativamente diferentes entre sí. Esto se halla en la misma línea que los hallazgos de Forero *et al.* (1996), que encontraron en su investigación que los niños y adolescentes asmáticos informaban de más quejas somáticas que los no asmáticos, como vértigo y problemas de sueño. Wjst *et al.* (1996), concluyeron a raíz de su estudio que los niños asmáticos tenían más problemas de sueño (duermen menos) que los hiperactivos o los sanos. El hecho de que los enfermos con asma sean los que más efectos secundarios reconozcan puede estar motivado por el amplio espectro de consecuencias adversas de la medicación (trastornos del ritmo cardíaco, insomnio, nerviosismo, excitación, dolores de cabeza, náuseas, pérdida del apetito, aumento de peso, úlcera) unida a las repercusiones físicas propias de las exacerbaciones asmáticas como las alteraciones del sueño, el cansancio o el dolor en el pecho.

Los enfermos afectados de otras patologías alérgicas son los que de forma significativa reconocen menos *consecuencias familiares*, obteniendo los grupos de diabetes y asma puntuaciones similares. Otras investigaciones realizadas con enfermos crónicos ponen de manifiesto las repercusiones familiares de la enfermedad (Majani *et al.*, 2005). Northam, Anderson, Adler, Werther, & Warne (1996), hablan de una asociación entre diabetes y niveles moderados de angustia materna, preferentemente en niños con edad escolar, encontrando disrupción social en los progenitores de diabéticos. Faulkner (1996), evaluó a padres y hermanos de niños con diabetes, empleando una entrevista semiestructurada sobre las consecuencias familiares de la diabetes, la implicación en el cuidado del diabético y sus responsabilidades en la familia. Determinó que según los padres los efectos sobre la familia eran principalmente el recordar el momento del diagnóstico, cambiar la dieta, someterse a un horario de actividades diarias, recurrir a técnicas de

afrentamiento de la enfermedad, afrontar las reacciones de la insulina y controlar la diabetes. Los hermanos no eran capaces de identificar ninguna consecuencia familiar a gran escala, aunque la mayor respuesta era tener que estar alerta a los posibles signos que mostrara su hermano. Lavigne & Ryan (1979), también encuentran, a raíz de su investigación, que los hermanos de niños con enfermedades crónicas no muestran diferencias significativas en lo que respecta a agresión o problemas de aprendizaje. Sin embargo, Tritt, & Esses (1988), informan de un aumento de problemas conductuales en los hermanos de niños crónicos en comparación con los hermanos de los niños de los grupos control.

Aunque de forma generalizada se puede afirmar que el tener un hijo con un handicap físico es una fuente de estrés para la familia (Kazak, 1989), podemos establecer una serie de diferencias a la hora de valorar las consecuencias familiares en base a la enfermedad que tenga el niño. Una vez más se pone de relieve que los grupos de enfermedad que tienen ciertas características comunes, como el asma y la diabetes, comparten limitaciones similares. Bussing & Burket (1993), estudiaron los niveles de ansiedad y estrés intrafamiliar en niños asmáticos, hemofílicos, hemofílicos con VIH y sanos y hallaron que la familia de los niños asmáticos mostraba mayores niveles de estrés intrafamiliar. Nos unimos a Goldberg & Simmons (1988), al destacar que tanto el cuidado del asma como de la diabetes requiere la puesta en práctica de una serie de habilidades por parte de sus progenitores. La familia del niño diabético tiene que pinchar al niño para inyectarle la insulina y obtener los niveles de glucosa en sangre, seleccionar la dieta y se puede encontrar con las situaciones desagradables de las crisis de hipoglucemia. La familia del asmático tiene que proporcionarle la medicación preventiva y enfrentarse a situaciones de emergencia en las que puede que el niño no responda al tratamiento. Pero también en lo que respecta a cambios en el entorno hay patrones similares: la familia del asmático tiene que dejar de fumar, no convivir con animales domésticos, etc., y la del diabético tiene que adaptarse a una dieta. Otro denominador común es la dependencia y sobreprotección que generan ambas enfermedades. Los progenitores de asmáticos y diabéticos, conscientes de las complicaciones de la enfermedad, actúan con sobreprotección y preocupación, resultándoles difícil dejar a su hijo/a con nadie, ya que no se atreven a depositar las competencias de cuidados de enfermería en manos de otra persona, incidiendo por tanto en la vida personal y social de los progenitores.

Referente al área de *consecuencias sociales (consecuencias de la enfermedad en la vida social y/o laboral del niño y/o su familia)*, hallamos que el grupo de asma difiere significativamente del resto de los grupos, obteniendo una media más elevada. En consistencia con nuestros resultados hemos de destacar el estudio de Gutstadt *et al.* (1989), que refiere que en los niños asmáticos hay más absentismo escolar que en los sanos y que en ninguna otra enfermedad crónica. Sillanpaa (1987), evaluó a 532 niños con diversas enfermedades crónicas (epilepsia, asma, diabetes, parálisis cerebral, disfunción cerebral y enfermedad coronaria) y determinó que los niños con asma, seguidos de los niños con diabetes, eran los que en menor proporción participaban en las actividades recreativas de la familia. Si embargo, los diabéticos, seguidos de los asmáticos, eran los que participaban en más actividades de ocio fuera de casa.

Richards (1994), concluyó que los niños con rini-

tis también pueden tener problemas escolares a causa de que los padres o profesores atribuyan los síntomas nasales a una posible infección y que los antihistamínicos pueden ocasionar somnolencia e irritabilidad e interferir de esta forma con el funcionamiento académico. Pero hay que añadir que si el diagnóstico y el tratamiento se ha realizado de forma correcta y se le ha comunicado al paciente y a su familia, la familia y el enfermo ya saben perfectamente distinguir los síntomas alérgicos de otros síntomas por infección. Además la irritabilidad y somnolencia se han minimizado en los antihistamínicos de última generación, por lo que apenas producen ese tipo de efectos adversos.

Hay investigaciones que no determinan repercusiones en el ámbito social y/o escolar en los enfermos asmáticos. Sillanpaa (1987), analizó 532 niños con diversas enfermedades crónicas (epilepsia, asma, diabetes, parálisis cerebral, disfunción cerebral y enfermedad coronaria) y concluyó que los niños asmáticos, en un 95%, no tenían problemas de integración social.

Un argumento que justifique los datos arrojados en nuestro trabajo es la investigación llevada a cabo por Holden *et al.* (1997). Estos autores concluyeron que, aunque la fisiopatología, el tratamiento diario y las demandas psicosociales de estos tres grupos de enfermedades, y en especial de la diabetes y el asma, comparten algunas características similares, las consecuencias asociadas a cada una de ellas son diferentes. Y encontramos que el factor “conciencia de la enfermedad” desempeña un papel clave en este asunto.

Nos quedamos con los esperanzadores estudios de Goldberg & Simmons (1988), que comentan que a pesar de los altos niveles de problemas académicos y comportamentales, la mayoría de los niños con enfermedad crónica alcanzan un desarrollo social e intelectual normal.

A modo de conclusión, podemos subrayar que los pacientes asmáticos presentan más problemas que el resto de las enfermedades estudiadas en las áreas de *conductas precipitantes, consecuencias psicológicas, efectos adversos y consecuencias sociales*. En las áreas *adherencia al tratamiento, hábitos de salud, emociones precipitantes, conductas de automanejo, respuesta social y consecuencias familiares*, presentan puntuaciones más elevadas los enfermos con diabetes y con otras patologías alérgicas. Sin embargo, la diferencia con el grupo de asma sólo es relevante en el caso de *emociones precipitantes y conductas de automanejo*. Por tanto, la presencia de factores psicológicos como *adherencia al tratamiento, hábitos de salud, respuesta social, efectos adversos y consecuencias familiares*, parece estar más condicionada por el elemento cronicidad, estando presente por igual en grupos de crónicos con características similares.

En el ámbito sanitario, estos resultados tienen un gran utilidad práctica ya que permiten conocer los factores de riesgo de los diferentes enfermos en relación a los ámbitos evaluados y poder tomar las medidas oportunas ante ello. Esto nos permitiría diseñar y poner en marcha, desde la atención primaria o desde la atención pediátrica, talleres o grupos de trabajo atendiendo a los grupos de enfermos que más dificultades tienen en relación a las diferentes áreas estudiadas, teniendo en consideración, por ejemplo, el papel que juegan las emociones como desencadenantes en el niño diabético o las limitaciones en la vida social que acusan los niños con asma.

Para finalizar, habría que señalar las posibles limitaciones de este estudio que deberían solventarse en futuras investigaciones: entre otras, habría que controlar

el tipo de apoyo y cuidados que recibía cada uno de los participantes por parte de sus familiares, la posible existencia de interacciones entre determinados perfiles de personalidad en cada una de las enfermedades estudiadas, y la validación del instrumento empleado en población infanto-juvenil con diabetes y otras patologías alérgicas.

REFERENCIAS

- Alvim C.G., Ricas, J., Camargos, P.A., Lasmar, L.M., Andrade, C.R., & Ibiapina, C.C. (2008). Prevalence of emotional and behavioral disorders in adolescents with asthma. *Jornal brasileiro de pneumologia: publicacao oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 34 (4), 196-204.
- Brenner, M. (1991). Childhood asthma: A developmental and psychosocial model for treatment. *Journal of Asthma*, 28, 401-403.
- Bussing, R., & Burket, R.C. (1993). Anxiety and intrafamilial stress in children with hemophilia after the HIV crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 562-567.
- Bussing, R., Burket, R.C., & Kelleher, E.T. (1996). Prevalence of anxiety disorders in a clinic-based sample of pediatric asthma patients. *Psychosomatics*, 37, 108-115.
- Canonica, G.W., Mullol, J., Pradaliere, A., & Didier, A. (2008). Patient perceptions of allergic rhinitis and quality of life: Findings from a survey conducted in Europe and the United States. *World Allergy Organization Journal*, 1 (9), 138-144.
- Collins, J.E., Gill, T.K., Chittleborough, C.R., Martin, A.J., Taylor, A.W., & Winefield, H. (2008). Mental, emotional, and social problems among school children with asthma. *The Journal of Asthma: Official Journal of the Association for the Care of Asthma*, 45 (6), 489-493.
- Creer, T.L., Backial, M., Burns, K.L., Leung, P., Marion, R.J., Miklich, D.R., Morrill, C., Taplin, P.S., & Ullman, S. (1988). Living with asthma I. Genesis and development of a self-management programme for childhood asthma. *Journal of Asthma*, 25, 335-362.
- Creer, T.L., Marion, R.J., & Creer, P.P. (1983). Asthma problem behaviour checklist: Parental perceptions of the behavior of asthmatic children. *Journal of Asthma*, 20, 97-104.
- Creer, T.L., Stein, R., Rappaport, L., & Lewis, C. (1992). Behavioral consequences of illness: Childhood asthma as a model. *Pediatrics*, 90, 808-815.
- Creer, T.L., Wigal, J.K., Tobin, D.L., Kotses, H., Snyder, S.E., & Winder, J.A. (1989). The Revised Asthma Problem Behavior Checklist. *Journal of Asthma*, 26, 17-29.
- Delameter, A.M. (1992). Stress, coping and metabolic control among youngsters with diabetes. In A.M. La Greca, L.J. Siegel, J.L. Wallander & C.E. Walker (Eds.), *Stress and coping in child health. Advances in Pediatric Psychology* (pp. 191-211). New York: Guilford Press.
- Drotar, D. (1993). Psychological perspectives in chronic childhood illness. In M.C. Roberts, G.P. Koocher, D. K. Routh & D.J. Willis (Eds.), *Readings in Pediatric Psychology* (pp. 1-28). New York: Plenum Press.
- Faulkner, M.S. (1996). Family responses to children with diabetes and their influence on self-care. *Journal of Pediatric Nursing*, 11 (2), 82-93.
- Fonagy, P., Moran, G.S., & Higgitt, A.C. (1989). Insulin-dependent diabetes mellitus in children and adolescents. In S. Pearce & J. Wardle (Eds.), *The practice of behavioral medicine* (pp. 161-190). Oxford: The British Psychological Society and Oxford University Press.
- Forero, R., Bauman, A., Young, L., Booth, M., & Nutbeam, D. (1996). Asthma, health behaviours, social adjustment, and psychosomatic symptoms in adolescence. *Journal of Asthma*, 33, 157-64.
- Fowler, M.G., Johnson, M.P., & Atkinson, S.S. (1985). School achievement and absence in children with chronic health conditions. *The Journal of Pediatrics*, 106, 683-687.
- Frey, M. (1996). Behavioral correlates of health and illness in youths with chronic illness. *Applied Nursing Research*, 9 (4), 167-176.
- Frey, M. A., Guthrie, B., Loveland-Cherry, C., Park, P.S., & Foster, C.M. (1997). Risky behavior and risk in adolescents with IDDM. *Journal of Adolescent Health*, 20, 38-45.
- Goldberg, S., & Simmons, R.J. (1988). Chronic illness and early development. The parent's perspective. *Pediatrician*, 15, 13-20.
- Gutstadt, L.B., Gillete, J.W., Mrazek, D.A., Fukuhara, J.T., Labrecque, J.F., & Strunk, R.C. (1989). Determinants of school performance in children with chronic asthma. *American Journal of Diseases of the Child*, 143, 471-475.
- Helgeson, V.S., Escobar, O., Siminerio, L., & Becker, D. (2010). Relation of stressful life events to metabolic control among adolescents with diabetes: 5-year longitudinal study. *Health Psychology*, 29 (2), 153-159.
- Hindi-Alexander, M.C. (1983). Response: Educational self-help approaches in childhood asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 72, 555-560.
- Holden, E.W., Chmielewski, D., Nelson, C.C., & Kager, V.A. (1997). Controlling for general and disease-specific effects in child and family adjustment to chronic childhood illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 15-27.
- Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C., Lie, S.A., & Lundervold, A. (2007). Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48 (8), 785-92.
- Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C., & Lundervold, A. (2009). Emotional and behavioural problems in subgroups of children with chronic illness: Results from a large-scale population study. *Child: Care, Health and Development*, 35 (4), 527-533.
- Jensen, V. K. (1995). Children's conceptualization of illness: Translating data into practice. *Clinical Pediatrics*, 34, 183-184.
- Johnson, S.B. (1985). The family and the child with chronic illness. In D.C. Turk & R.D. Kerns (Eds.), *Health, illness and families. A life-span perspective*. New York: Wiley-Interscience.
- Johnson, S.B. (1989). Diabetes juvenil. In T.H. Ollendick & M. Hersen, *Handbook of child psycho-*

pathology (2nd ed.), (pp. 417-438). New York: Plenum Press.

Johnson, S.B. (1992). Methodological issues in diabetes research: measuring adherence. *Diabetes Care*, 15, 1658-1667.

Kazak, A.E. (1989). Families of chronically ill children: A systems and social-ecological model of adaptation and challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 25-30.

La Greca, A.M., Auslander, W.F., Greco, P., Spetter, D., Fisher, J.B. Jr., & Santiago, J.V. (1995). "I get by with a little help from my family and friends". Adolescents' support for diabetes care. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 449-476.

Lavigne, J.V., & Ryan, M. (1979). Psychologic adjustment of siblings of children with chronic illness. *Pediatrics*, 63, 616-627.

Lehrer, P.M., Sargunraj, D., & Hochron, S. (1992). Psychological approaches to the treatment of asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 639-643.

Leiria, P., Cordeiro, M., & Pinto, R. (1999). Adolescents and school asthma knowledge and attitudes. *Allergologia et Immunopathologia*, 27 (5), 245-253.

Levine, M.D., Carey, W.D., Crocker, A.C., & Gross, R.T. (1983). *Developmental Behavioral Pediatrics*. Philadelphia: Sanders Company.

Lozano, J.F. (1994). *Estudio de algunas características de personalidad de una muestra de niños asmáticos de la provincia de Sevilla*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Sevilla.

Lozano, J.F., & Blanco, A. (1996). Ansiedad y problemas emocionales en las enfermedades crónicas infantiles. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 37, 7-12.

Majani, G., Baiardini, I., Giardini, A., Pasquali, M., Tiozzo, M., Tosca, M., Cosentino, C., La Grutta, S., Marseglia, G.L., & Canonica, G.W. (2005). Impact of children's respiratory allergies on caregivers. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 63 (4), 199-203.

McQuaid, E.L., Penza-Clyve, S.M., Nassau, Méndez, F.X., & Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: Estrategias de intervención. *Anales de Psicología*, 10 (2), 189-198.

Miller, B.D., & Wood, B.L. (1994). Psychophysiological reactivity in asthmatic children: A cholinergically mediated confluence of pathways. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1236-1245.

Miller, B.D., Wood, B.L., Lim, J.H., Ballow, M., & Hsu, Ch.Y. (2009). Depressed children with asthma evidence increased airway resistance: "Vagal bias" as a mechanism? *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 124 (1), 66-73.

Milousheva, J., Kobayashi, N., & Matsui, I. (1996). Psychosocial problems of children and adolescents with a chronic disease: Coping strategies. *Acta Paediatrica Japonica*, 38, 41-45.

Mitchell, S.J., Hilliard, M., Mednick, L., Henderson, C., Cogen, F., & Streisand, R. (2009). Stress among fathers of young children with type 1 diabetes. *Families, Systems, & Health*, 27 (4), 314-324.

National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health (1995). *Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and*

prevention. Bethesda, MD. US Department of Health and Human Services: NIH publication, n° 95-3659.

National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health (2003). *Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Updated from: NHLBI/WHO Workshop Report Issued January, 1995*. Bethesda, MD. US Department of Health and Human Services: NIH publication, n° 02-3659.

Northam, E., Anderson, P., Adler, R., Werther, G., & Warne, G. (1996). Psychosocial and family functioning in children with insulin-dependent diabetes at diagnosis and one year later. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 699-717.

Padur, J.S., Rzpoff, M.A., Houston, B.K., Barnard, M., Danovsky, M., Olson, N.Y., Moore, W.V., Vats, T.S., & Lieberman, B. (1995). Psychosocial adjustment and the role of functional status for children with asthma. *Journal of Asthma*, 32, 345-353.

Pascual, L.M. (1995). *Psicología y asma. Aspectos psicológicos vinculados con su mantenimiento*. Valencia: Promolibro.

Ponder, R. D., & Guill, M. F. (1993). Severe acute asthma followed by quick reversal. *Journal of Asthma*, 30, 413-415.

Puerto, R.M., Vaz, F.J., Rayo, M.T., & Moreno, J. (1994). Factores psicopatológicos y control metabólico en niños diabéticos insulino-dependientes: Un estudio clínico. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2, 96-101.

Rajesh, T.V., Krishnakumar, P., & Mathews, L. (2008). Temperamental traits and psychological problems of children with bronchial asthma. *Indian Pediatrics*, 45 (9), 772-4.

Richards, W. (1994). Preventing behavior problems in asthma and allergies. *Clinical Pediatrics*, 33, 617-624.

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: *The Journal of Asthma: official journal of the Association for the Care of Asthma*, 42 (9), 725-730.

Rubio, E., Pérez, M.A., Conde, C., & Blanco, A. (2004). Datos para la validación del Cuestionario de Conductas Problemáticas del Asma de Creer *et al.* (1989) en una muestra española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30 (132), 559-589.

Sacchetti, M., Baiardinib, LL. , Lambiasea, A., Aronnia, S., Fassio, O., Gramiccionie, C., Boninide, S., & Boninia, S. (2007). Development and testing of the quality of life in children with Vernal Keratoconjunctivitis Questionnaire. *American Journal of Ophthalmology*, 144 (4), 557-563.

Sarafino, E.P. (1990). *Health psychology, biopsychosocial interactions*. New York: Wiley. Schilling, L.S., Dixon, J. K., Knafl, K.A., Lynn, M.R., Murphy, K., Dumser, S., & Grey, M.A (2009) New self-report measure of self-management of type 1 diabetes for adolescents. *Nursing Research*, 58 (4), 228-236.

Sillanpaa, M. (1987). Social adjustment and functioning of chronically ill and impaired children and adolescents. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 340, 1-70.

Silverstein, J., Klingensmith, G., Copeland, K., Plotnick, L., Kaufman, F., Laffel, L., Deeb, L., Grey, M., Anderson, B., Holzmeister, L.A., & Clark, N. (2005).

Care of children and adolescents with type 1 diabetes. A statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 28 (1), 186-212.

Shaw, C.R. (1966). *Psiquiatría infantil*. México: Interamericana S.A.

Sudhir, P.M., Kumaraiah, V., Munichoodappa, C., & Kumar, K.P. (2001). Management of children with Diabetes Mellitus - Psychosocial Aspects. *International Journal of Diabetes Developing Countries*, 21 (2), 69-76.

Tritt, S. G., & Esses, L. M. (1988). Psychosocial adaptation of siblings of children with chronic medical illnesses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 211-220.

Vázquez, M.I., & Buceta, J.M. (1994). Tratamiento psicológico del asma infantil. *Jano*, 1087, 59-66.

Wjst, M., Roell, G., Dold, S., Wulff, A., Reitmeir, P., Fritsch, C., Seth, V., Nicolai, T., Von Mutius, E., Bach, H., & Thiemann, H.H. (1996). Psychosocial characteristics of asthma. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 461-466.

Zashikhina, A., & Hagglof B. (2007). Mental health in adolescents with chronic physical illness versus controls in Northern Russia. *Acta Paediatrica*, 96 (6), 890-896.