



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA
(AEPCP)

**Repercusiones psicológicas de la enfermedad
respiratoria crónica pediátrica:
un estudio comparativo entre adolescentes
con y sin asma bronquial**

INFORME FINAL

Ayuda Anual a la Investigación (convocatoria 2016)

Repercusiones psicológicas de la enfermedad
respiratoria crónica pediátrica:
un estudio comparativo entre adolescentes con y
sin asma bronquial

IP: María Antonia Pérez Marín
Enero, 2018

ÍNDICE

I. RESUMEN _____	3
II. INTRODUCCIÓN _____	5
III. MÉTODO _____	10
3.1. Objetivos e hipótesis _____	10
3.3. Procedimiento _____	11
3.4. Diseño _____	11
3.5. Variables e instrumentos de evaluación _____	12
3.5.1. <i>Variables sociodemográficas y médicas</i> _____	12
3.5.2. <i>Variables psicológicas y familiares</i> _____	12
3.6. Análisis estadísticos _____	13
IV. RESULTADOS _____	15
4.1. Descripción del perfil de salud durante la adolescencia _____	15
4.2. Comparaciones de medias _____	21
4.2.1. <i>En función del sexo</i> _____	21
4.2.2. <i>En función del curso académico</i> _____	22
4.2.3. <i>En función de la presencia o ausencia de enfermedad crónica</i> _____	23
4.3. Correlaciones _____	25
4.3.1. <i>Relación entre la edad y las variables estudiadas</i> _____	25
4.3.2. <i>Relación entre las variables estudiadas</i> _____	25
4.4. Regresiones lineales _____	28
4.4.1. <i>Predictores de la ansiedad</i> _____	28
4.4.2. <i>Predictores de la depresión</i> _____	30
4.4.3. <i>Predictores del malestar emocional</i> _____	32
V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES _____	35
VI. REFERENCIAS _____	36
VII. ANEXO _____	50

ÍNDICE DEL ANEXO

ANEXO 1: Efectos recíprocos de la enfermedad crónica y el desarrollo adolescente _	50
ANEXO 2: Clasificación de la gravedad del asma en niños _____	51
ANEXO 3: Clasificación del control del asma _____	52
ANEXO 4: Modelo de consentimiento informado _____	53
ANEXO 5: Variables socio-demográficas _____	54
ANEXO 6: Variables médicas _____	55
ANEXO 7: Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes _____	56
ANEXO 8: Escala de Autoestima de Rosenberg _____	58
ANEXO 9: Cuestionario de Cualidades y Dificultades _____	60
ANEXO 10: La escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión _____	63
ANEXO 11: Escala para evaluación del estilo educativo de padres de adolescentes __	66
ANEXO 12: Resultados correlaciones población total _____	69
ANEXO 13: Resultados correlaciones población no asmática _____	70
ANEXO 14: Resultados correlaciones población asmática _____	71
ANEXO 15: Índice de tablas y figuras _____	72

I. RESUMEN

La adolescencia se considera como un período altamente desafiante, en el cual, los jóvenes con asma bronquial deben cumplir, además, con las exigencias del manejo de su enfermedad. Las repercusiones de la adolescencia en el desarrollo psicológico pueden ser notables, y se encuentran influidas por el estilo de crianza parental. A partir de una muestra formada por 357 adolescentes (73 con asma bronquial), el presente estudio pretende identificar los perfiles saludables en los adolescentes, determinar la relación entre las variables psicológicas y familiares durante la adolescencia, y analizar las repercusiones psicológicas que el asma tiene en los adolescentes que la sufren. Los resultados obtenidos aportan evidencia respecto de los perfiles de salud del adolescente. Los indicadores de salud psicológica fueron peores en las mujeres y en los adolescentes de mayor edad. Además, los estilos de crianza parecen influir la salud mental de los adolescentes, favoreciéndola (afecto y comunicación y humor) o dificultándola (control psicológico). Por último, no se obtuvo una mayor presencia de clínica psicológica significativa en los adolescentes asmáticos. En nuestro estudio, el asma bronquial no es una variable determinante en las diferencias de salud psicológica encontradas en los adolescentes, sino que son otras variables, como el estilo parental, las que principalmente actúan sobre el bienestar del adolescente.

Palabras clave: adolescencia; asma; enfermedad crónica pediátrica; estilos parentales; familia; bienestar psicológico; psicopatología; ajuste.

Adolescence is considered a highly challenging period in which young people with bronchial asthma must also meet the demands of managing their disease. The impact of adolescence on psychological development can be remarkable, and is influenced by the parenting style. With 357 adolescents (73 with bronchial asthma), the aim of the present study is to identify healthy profiles in adolescents, to determine the relationship between psychological and family factors during adolescence, and to analyze the psychological repercussions that asthma has on adolescents who suffer it. The results obtained provide evidence about the adolescent health profiles. Psychological health indicators were worse in women and older adolescents. In addition, parenting styles seem to influence the mental health of adolescents, favoring it (affection and communication and humor) or hindering it (psychological control). Finally, there was no greater presence of significant psychological symptoms in adolescents with asthma. In our study, bronchial asthma is not a determinant variable in psychological health differences found in the adolescents, but other factors, such as parental style, are the ones who mainly act on the adolescent's well-being.

Key words: adolescence; asthma; chronic pediatric condition; parenting styles; family psychological well-being; psychopathology; adjustment.

II. INTRODUCCIÓN

La **adolescencia** se define como la etapa del desarrollo vital que representa la transición entre la infancia y la adultez caracterizada por una gran variedad de cambios biológicos, psicológicos y sociales (Rahola et al., 2001; Williams, Holmbeck y Greenlev, 2002). Aunque se suele entender como un período altamente desafiante, la mayoritariamente de los jóvenes lo atraviesan sin grandes problemas psicológicos o de comportamiento, viéndose influido por una compleja variedad de factores personales, sociales y familiares (Hazen, Scholzman y Beresin, 2008).

Para los niños con enfermedades crónicas o congénitas, la transición entre la niñez y la adultez, ya compleja de por sí, puede suponer un estresor añadido con implicaciones importantes para su salud a lo largo de la vida (Williams et al., 2002). Por enfermedad crónica entendemos aquellas enfermedades que tienen una duración mayor de tres meses o que requieren de hospitalización continua durante más de un mes, y que son tan graves que interfieren con las actividades diarias (Compas, Jaser, Dunn y Rodríguez, 2012). Entre las diversas enfermedades crónicas presentes a nivel mundial, los datos indican que el asma es la más prevalente en la infancia y la adolescencia (Bercedo et al., 2004; OMS, 2016). En nuestro país, los datos indican que entre el 5 y el 14% en niños entre 13 y 14 años sufren asma (ERS, 2013; GINA, 2015), siendo el riesgo de padecer asma a estas edades el doble en chicos que en chicas (GINA, 2015).

El **asma bronquial** es una enfermedad respiratoria crónica que implica la inflamación de las vías respiratorias, asociada a hiperreactividad bronquial y obstrucción variable del flujo aéreo (Trisan, López y Ussetti, 2014), lo que provoca períodos de crisis respiratorias (Skykes y Johnston, 2008). Su diagnóstico se realiza en función de criterios de gravedad y grado de control (criterios desarrollados en Anexos 1 y 2).

El asma afecta a todas las razas, grupos de edad y niveles socioeconómicos (Serra, Plaza y Comella, 2011; Dewolff, 2012). Aunque su curso suele disminuir con la edad, durante la adolescencia se presenta un aumento de morbilidad y mortalidad, observándose el doble de muertes en esta etapa que en la infancia (Akinbami y Schoendorf, 2002), por el aumento del incumplimiento del tratamiento (Benéitez, Molina y Camps, 2005). Además, la enfermedad se suele asociar con dificultades

escolares por pérdidas de asistencia y productividad significativas (Sullivan et al., 2017). A pesar de que el asma se considera un problema añadido que puede influir de manera negativa en los procesos de desarrollo adolescente, la relación es bidireccional puesto que la adolescencia también influye en el curso y el desarrollo de las condiciones crónicas (aspecto más desarrollado en el Anexo 3) (Suris, Michaud y Viner, 2004).

Presente en ella o no una enfermedad crónica, la **familia** tiene una gran influencia en la salud general de los adolescentes. Los padres, así como otros cuidadores, proporcionan atención, cuidado y amor, y pueden promover un ambiente seguro para la exploración y el crecimiento. Así, los modelos de conducta positivos asociados a estilos de crianza parental más saludables, ejercen una gran influencia en los comportamientos relacionados con la salud física y mental de los adolescentes (Dewolff, 2012). Los comportamientos normativos de dicha etapa, como la necesidad de mayor autonomía y los deseos de aceptación del grupo de pares, suelen implicar una disminución de la cercanía emocional, de las expresiones de afecto, y un deterioro en la comunicación entre el adolescente y su familia (Collins y Repinski, 1994; Oliva, 2006). Esto puede generar grandes fricciones en la dinámica familiar, especialmente si va unido a evitación de conflictos, rigidez y sobreprotección paterna (Chávez, 2012).

Los jóvenes con enfermedades crónicas y sus familias deben cumplir con las exigencias del manejo de la enfermedad y, adicionalmente, lidiar con los desafíos del desarrollo adolescente (Williams et al., 2002). El diagnóstico de asma amenaza las funciones primarias de la familia demandando atención y cuidados nuevos (p.e. supervisión de medicación) (Suárez et al., 2010), y puede tener consecuencias para la salud de los propios padres (Valero-Moreno et al., 2016).

Por todo ello, la calidad de las relaciones familiares ejerce un importante efecto en el manejo de la enfermedad y en las consecuencias psicológicas en sus miembros y pueden, asimismo, predecir gran parte de los resultados psicológicos y físicos en la enfermedad crónica juvenil (Booster, Oland y Bender, 2016).

En definitiva, independientemente de la presencia o no de una enfermedad crónica, la familia será fundamental para un adecuado proceso de transición entre la infancia y la vida adulta, promoviendo o dificultando los ajustes y cambios necesarios para disfrutar de una buena salud psicológica y física.

La magnitud de los cambios y las exigencias sociales derivadas del proceso evolutivo de la adolescencia pueden tener una notable **repercusión en el desarrollo psicológico** de los adolescentes (Barrón, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002). Entre las principales variables señaladas por la literatura científica a explorar en esta etapa, destacan las siguientes:

a) Bienestar psicológico

Según Casullo y Solano (2000), el bienestar es el resultado de la integración cognitiva que un individuo realiza del transcurso de su vida. El modelo de Ryff (1989), enmarcado dentro de la corriente eudemonista, plantea el bienestar como un concepto multidimensional intentado superar el reduccionismo según el cual se considera el bienestar como la mera estabilidad en el tiempo de los afectos positivos (Schumutte y Ryff, 1997).

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

En general en los estudios con adolescentes, y también en los de pacientes pediátricos con enfermedad respiratoria crónica (ERC), las investigaciones se han centrado en la búsqueda de trastornos psicológicos y otros problemas, más que en el bienestar psicológico o en aspectos que pueden contribuir a un mejor funcionamiento (Ryff, 1989). Es por ello que son necesarios trabajos que estudien más profundamente los factores de protección de la salud psicológica y física durante el curso de la enfermedad.

b) Autoestima

La autoestima fue conceptualizada por Rosenberg en el año 1965 como el conjunto de los pensamientos y sentimientos que tiene una persona hacia sí misma (Wenger y Andres-Pueyo, 2016). Se la considera como un buen predictor del grado de ajuste psicológico en la edad adolescente y adulta (Oliva, Parra, Sánchez-Queija y

López, 2007), siendo fundamental en la clínica de diversos cuadros psicopatológicos (Vázquez, Vázquez-Morejón, y Bellido, 2013). En las enfermedades crónicas, la presencia de alta autoestima se considera como es una variable protectora que facilita la adaptación a la enfermedad (Barros, 1999).

En la actualidad, las enfermedades crónicas pediátricas se consideran un factor de riesgo para desarrollar baja autoestima (Pinquart, 2013). Diversos estudios han puesto de manifiesto que los pacientes con asma bronquial infanto-juvenil presentan niveles significativamente más bajos de autoestima que los niños con otro tipo de enfermedades (p.e. diabetes o cáncer) (Padur et al., 1995, citado en Murdock, Robinson, Adams, Berz y Rollock, 2009), y también una menor autoestima al compararlos con sus iguales sanos (Margalit y Margalit, 1982).

c) Presencia de psicopatología

En la adolescencia, la salud mental y la salud física se encuentran íntimamente relacionadas, siendo difícil diferenciar qué comportamientos son parte del desarrollo normativo de los adolescentes y cuáles implican problemas psicopatológicos (Williams et al., 2002). En esta etapa aparecen las diferencias de sexo en la presencia de patología, encontrándose una predominancia femenina en trastornos ansioso-depresivos (Ortiz, 2010).

Los estudios señalan como la presencia de una enfermedad crónica es un factor de riesgo significativo para desarrollar un trastorno mental (p.e. clínica ansioso-depresiva) (Barros, 1999; Pinquart y Shen, 2011). La evidencia apunta que los niños-adolescentes con asma tienen un mayor riesgo de presentar problemas emocionales y conductuales (McQuaid et al., 2001), pero se desconocen los factores causales de ello. Se han planteado tres hipótesis: (1) el asma y los trastornos psiquiátricos compartirían factores de riesgo, (2) padecer asma sería un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología o (3) algunos trastornos psiquiátricos aumentarían el riesgo de presentar asma (Vidal y Matamala, 2013).

La ansiedad y la depresión es la clínica psicopatológica más común en los pacientes asmáticos (Kullowatz, Kanniss, Dahme, Magnussen y Ritz, 2006), encontrándose mayores índices de ansiedad y depresión en asmáticos que en sujetos

sanos (Fernández y Miralles, 2014). La evidencia sugiere que la ansiedad precede la aparición posterior de sintomatología depresiva, por lo que es posible que las tasas de ansiedad sean mayores que las de depresión porque aún no se ha desarrollado (Parker et al., 1999; Modi et al., 2011). En relación con la sintomatología ansiosa, aparecen síntomas como miedo a morir, a los médicos y/o al dolor, ansiedad social por el manejo de la enfermedad en público (p.e. uso del inhalador) y ansiedad por la limitación en actividades como el baile o el deporte (Rietveld, Van Beest y Prins, 2005). Por su parte, la sintomatología depresiva actúa como un agravante de la enfermedad, siendo capaz de complicar su tratamiento y pronóstico (Chávez, 2012). Estos efectos se explican por la posible minimización en la valoración de los síntomas y, consecuentemente, por un pobre autocuidado (Suárez, Huerta y del Olmo, 2010). En este sentido, se ha observado que los asmáticos manifiestan más emociones negativas que los sujetos sanos (Chen y Gregory, 2007).

Los estudios sugieren que los niños asmáticos presentan un mayor riesgo de trastornos del comportamiento que la población no asmática (Booster et al., 2016), con una mayor frecuencia de TDAH, problemas conductuales y trastornos del aprendizaje, pero se desconoce si primero aparece el asma o viceversa (Vidal y Matamala, 2013).

III. MÉTODO

3.1. Objetivos e hipótesis

El **objetivo general** del presente trabajo es estudiar las principales características sociodemográficas, psicológicas y familiares en los adolescentes, tanto en la población general sana como en aquellos adolescentes que presentan asma.

Más concretamente, los **objetivos específicos** se definen de la siguiente manera:

- **Objetivo 1.** Describir las principales características sociodemográficas, psicológicas y familiares de los adolescentes con y sin asma bronquial.
- **Objetivo 2.** Analizar el papel que las variables sociodemográficas tienen sobre el bienestar y la salud psicológicos en los adolescentes con y sin asma bronquial.
 - **Hipótesis 1.** Se esperan encontrar diferencias significativas en las variables psicológicas en función de las variables sociodemográficas (sexo, curso académico y edad).
- **Objetivo 3.** Analizar la relación entre las variables psicológicas y las familiares en los adolescentes con y sin asma bronquial.
 - **Hipótesis 2.** Se esperan relaciones positivas entre los indicadores saludables de las variables psicológicas (autoestima, bienestar, psicopatología) y entre estos y los estilos de crianza familiar adaptativos.
- **Objetivo 4.** Identificar los principales predictores del bienestar y la salud psicológica en los adolescentes con y sin asma bronquial.
- **Objetivo 5.** Analizar las repercusiones psicológicas que el asma tiene en los adolescentes.
 - **Hipótesis 3.** Se espera que los adolescentes asmáticos presenten más problemas de salud psicológica que los adolescentes de la población no asmática.

3.2. Descripción de los participantes y de los criterios de inclusión y exclusión

La muestra total utilizada está compuesta por 357 adolescentes con rango de edad 12-16 años ($M=13,76M$; $D.T.= 1,43$), siendo el 51,8% mujeres. En relación al curso escolar, 6,8% de los participantes asisten a quinto y sexto de Educación Primaria,

87,3% a Educación Secundaria y 5,9% a Educación no obligatoria (Bachillerato y Formación Básica Profesional).

Como criterio general de inclusión para formar parte del estudio estaba tener una edad comprendida entre 12 y 16 años. Se excluyeron aquellos adolescentes que presentaban discapacidad intelectual y/o un diagnóstico de trastorno psicológico previo.

Además de la muestra general, en el presente estudio distinguiremos, en función de la presencia o no de enfermedad respiratoria crónica, dos submuestras adicionales: población asmática y población no asmática.

La población no asmática está formada por 284 adolescentes sanos (ausencia de cualquier problema de salud física crónico) (134 hombres y 150 mujeres; edad= $13,81 \pm 1,442$) provenientes de varios centros educativos de la provincia de Valencia.

La población asmática incluye pacientes adolescentes que presentan problemas respiratorios crónicos. En concreto, se trata de 73 adolescentes (38 hombres y 35 mujeres; edad= $13,53$ años $\pm 1,353$) con asma bronquial diagnosticada desde hacía más de 6 meses y que recibían asistencia sanitaria ambulatoria regular en el Servicio de Neumología del Hospital Clínico Universitario de Valencia. En relación con el grado de control de la enfermedad, 63 adolescentes presentan asma controlada frente a 9 con asma no controlada.

3.3. Procedimiento

El presente trabajo se enmarca dentro de un equipo de investigación del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universitat de València y el Hospital Clínico Universitario de Valencia. El procedimiento de recogida de datos fue llevado a cabo por componentes de dicho equipo de investigación en el hospital y los centros educativos mencionados en el apartado anterior, en un único pase y un único momento temporal. Se ha solicitado el consentimiento informado a los tutores legales de los adolescentes (anexo 4) y se ha informado a los participantes en el estudio de las características del mismo, asegurando el compromiso de la confidencialidad e informando sobre el registro de datos de carácter personal. Además, para el presente estudio se dispone de un convenio de

colaboración entre la Fundación INCLIVA del Hospital Clínico y la Universidad de Valencia. También se cuenta con el aval del comité ético de la UV y de la Fundación INCLIVA, así como con los permisos pertinentes de la Consellería de Educación para poder proceder a esta investigación.

3.4. Diseño

Se trata de un estudio transversal comparativo entre adolescentes con y sin asma, de tipo descriptivo-correlacional. Para poder llevarlo a cabo, se han medido de manera rigurosa las distintas variables de interés, cuantificándose posteriormente el grado de relación existente entre ellas.

3.5. Variables e instrumentos de evaluación

3.5.1. Variables sociodemográficas y médicas

Se han utilizado registros ad hoc para recoger información sobre las variables sociodemográficas y médicas (Anexo 5 y 6, respectivamente). Dichas variables fueron recogidas, bien preguntando directamente al paciente o a sus familiares, o bien al personal sanitario que habitualmente les atiende.

3.5.2. Variables psicológicas y familiares

- Bienestar psicológico

Escala de bienestar psicológico para adolescentes (BIEPS-J): medida de autoinforme desarrollada por Casullo y Castro (2000) para determinar el nivel de bienestar psicológico en adolescentes (más datos sobre el cuestionario y sus propiedades psicométrica se pueden consultar en el anexo 7).

- Autoestima

Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (RSE): la autoestima se ha evaluado mediante la versión en castellano (Atienza, Moreno y Balaguer, 2000) de la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) (más información del cuestionario en anexo 8).

- Presencia de Psicopatología

Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SQD): el SQD fue diseñado por Goodman en el año 1997. Se trata de una medida de autoinforme utilizada para la valoración de problemas emocionales y comportamentales relacionados con la salud mental en niños y adolescentes (Fonseca-Pedredo, Paino, Lemos-Giráldez, y Muñiz, 2012) (más información del cuestionario se puede consultar en anexo 9).

Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS): para el estudio de ansiedad, depresión y malestar emocional se ha utilizado la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (para obtener más información sobre la escala y sus propiedades psicométricas consultar anexo 10).

- Estilo de crianza parental

Escala para la evaluación del estilo educativo de padres y madres de adolescentes (EP): creada por de Oliva et al. (2007), permite evaluar la percepción que tienen los adolescentes del estilo educativo de sus padres (los datos sobre la escala se pueden encontrar en el anexo 11).

3.6. Análisis estadísticos

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el programa SPSS 21.00 para Windows.

A nivel descriptivo, se estudiaron las propiedades más relevantes de la muestra mediante medidas de tendencia central y de dispersión, proporcionándose datos sobre frecuencias y porcentajes con el propósito de facilitar la información.

Para realizar comparaciones de medias, se llevaron a cabo pruebas t de Student para dos muestras independientes y ANOVA de un factor, en función de las

características de las variables a análisis. Se utilizaron pruebas post-hoc: Scheffe si se asume la igualdad de varianzas y Games-Howell si no se asumen. Además, con el fin de complementar las pruebas de significación estadística, se estimó el tamaño del efecto d de Cohen en el caso de las pruebas t de Student y, eta cuadrado parcial (η^2) en el caso del ANOVA. En el caso de la d de Cohen, según Cohen (1988) se consideran aproximadamente valores pequeños de tamaño del efecto aquellos $\leq 0,2$, medios entre 0,5 y 0,8 y altos $\geq 0,8$. En cuanto a la eta cuadrado parcial, se interpretan aproximadamente como valores pequeños de tamaño del efecto aquellos $\leq 0,02$, medios entre 0,15 y 0,3 y altos $\geq 0,3$.

Para estudiar la posible relación entre las variables, se llevaron a cabo correlaciones, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y análisis de regresión lineal por pasos sucesivos, con el objetivo de explorar y cuantificar la relación entre una variable criterio y varias variables predictoras.

En el presente estudio, adicionalmente, se llevaron a cabo análisis de consistencia interna para cada uno de los cuestionarios, con el fin de estimar su fiabilidad en las tres muestras a estudio. Los valores de alfa de Cronbach obtenidos oscilaron entre 0,40 y 0,90. Para más información al respecto, los valores obtenidos se describen de forma pormenorizada en los anexos 7-8-9-10-11.

IV. RESULTADOS

4.1. Descripción del perfil de salud durante la adolescencia

- Bienestar Psicológico

Las medias obtenidas en la escala BIEPS-J en la población general fueron altas teniendo en cuenta el rango de la escala, destacando la puntuación en “Vínculos” (Tabla 4.1). En relación a las submuestras, se observa que la puntuación total de la escala es mayor en los asmáticos que en los no asmáticos (Tablas 4.2).

Tabla 4.1.
Descriptivos de las escalas de BIEPS-J población total

	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango escala
F1. Control	10,34	1,56	4	12	9,00	11,00	12,00	4-12
F2. Vínculos	8,56	0,86	4	9	8,00	9,00	9,00	3-9
F3. Proyectos	7,55	1,52	3	9	7,00	8,00	9,00	3-9
F4. Aceptación	7,90	1,23	3	9	7,00	8,00	9,00	3-9
Puntuación Total	29,13	4,09	14	39	27	29	31	13-39

Tabla 4.2.
Descriptivos BIEPS-J en función de presencia o ausencia de enfermedad

	Enfermedad	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango escala
Factor 1:	Asmático	10,49	1,60	4	12	10,00	11,00	12,00	4-12
Control	No asmático	10,31	1,55	4	12	9,00	11,00	12,00	4-12
Factor 2:	Asmático	8,57	1,10	4	9	9,00	9,00	9,00	3-9
Vínculos	No asmático	8,56	0,80	5	9	8,00	9,00	9,00	3-9
Factor 3:	Asmático	7,07	1,90	3	9	6,00	7,50	9,00	3-9
Proyectos	No asmático	7,67	1,40	3	9	7,00	8,00	9,00	3-9
Factor 4:	Asmático	7,95	1,36	3	9	7,75	8,00	9,00	3-9
Aceptación	No asmático	7,90	1,20	3	9	7,00	8,00	9,00	3-9
Puntuación	Asmático	34,10	4,38	14	33	33,75	35,00	37,00	13-39
Total	No asmático	27,85	2,840	16	33	26,00	28,00	30,00	13-39

- *Autoestima*

Las puntuaciones obtenidas en el RSE en la muestra general y en las submuestras se plasman en la tabla 4.3 y la figura 4.1. En general, en las tres muestras se encontró que, aunque la mayoría de los participantes presentaban niveles altos de autoestima, aproximadamente entre un 20% y un 10% presentaban valores medios y bajos respectivamente en dicha variable.

Tabla 4.3.
Estadísticos descriptivos RSE

		M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango escala
	General	31,65	5,26	12	40	28,75	32,00	36,00	10-40
Autoestima	Asmático	32,36	4,13	23	40	29,75	33,00	36,00	10-40
	No asmático	31,47	5,51	12	40	28,00	32,00	36,00	10-40

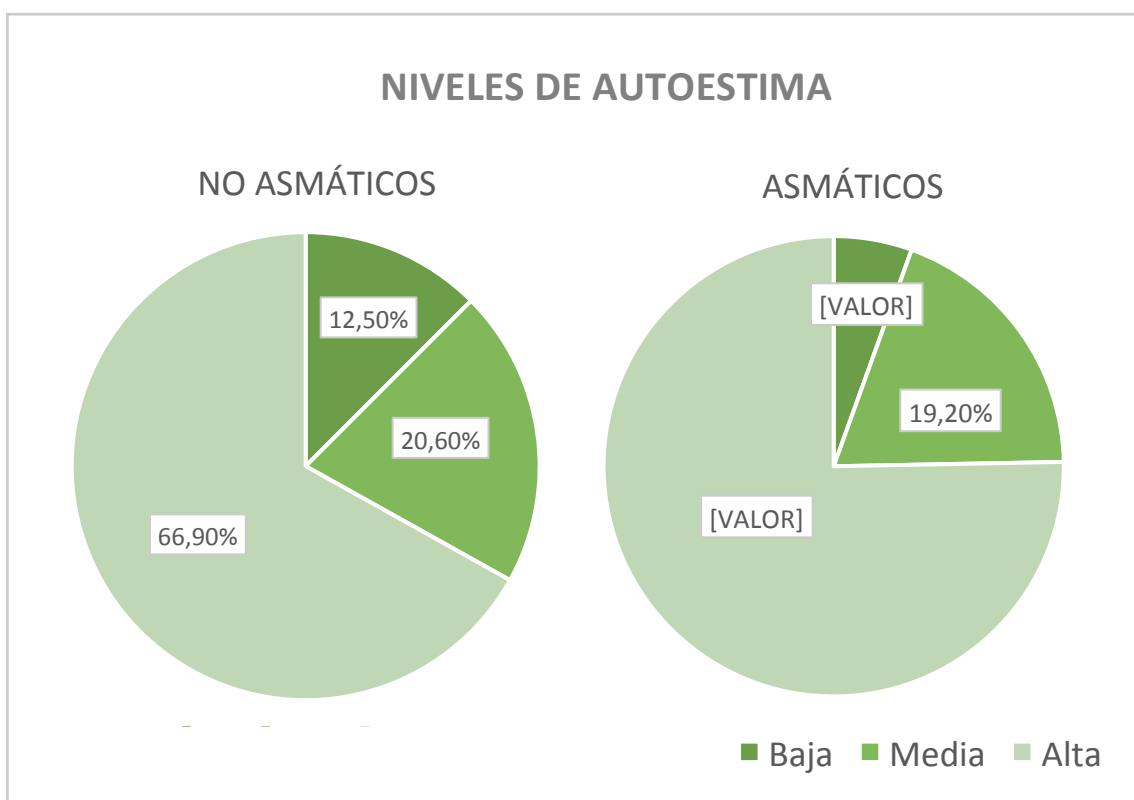


Figura 4.1. Niveles de autoestima en función de la presencia o no de enfermedad crónica respiratoria.

▪ *Presencia de psicopatología*

Fijándonos en el SQD, la población total presenta puntuaciones bajas en todas las dimensiones que componen el cuestionario (oscilando entre 1,84 y 4,50), a excepción del factor de “Conducta prosocial” (M: 8,05, D.T.: 1,82) (Tabla 4.4). Este mismo patrón se observa tanto en la población asmática como en la no asmática (Tabla 4.5).

Tabla 4.4.
Estadísticos descriptivos SQD población total

	M	DT	Mín	Máx	P25	P50	P75	Rango escala
F1. Sintomatología emocional	3,32	2,27	0	10	2,00	3,00	5,00	0-10
F2. Problemas comportamiento	2,31	1,89	0	10	1,00	2,00	3,00	0-10
F3. Hiperactividad	4,50	2,20	0	10	3,00	4,00	6,00	0-10
F4. Problemas entre iguales	1,84	1,89	0	10	,01	1,00	3,00	0-10
F5. Conducta prosocial	8,05	1,82	1	10	7,00	8,00	10,00	0-10
Total psicopatología	11,95	5,80	1	37	8,00	11,00	15,00	0-40

Tabla 4.5.
Descriptivos SQD en función de presencia o ausencia de enfermedad

	Enfermedad	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75
F1: Síntomas emocionales	Asmático	2,79	2,27	0	10	1,00	2,00	4,00
	No asmático	3,46	2,30	0	10	2,00	3,00	5,00
F2: Problemas de conducta	Asmático	2,16	1,77	0	7	1,00	2,00	3,00
	No asmático	2,34	1,91	0	10	1,00	2,00	3,00
F3: Hiperactividad	Asmático	4,41	2,20	0	10	3,00	4,00	6,00
	No asmático	4,48	2,21	0	10	3,00	5,00	6,00
F4: Problemas de relación	Asmático	1,32	1,70	0	7	,01	1,00	2,00
	No asmático	1,98	1,92	0	10	,01	2,00	3,00
	Enfermedad	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75

F5: Conducta prosocial	Asmático	8,64	1,80	0	10	8,00	9,00	10,00
	No asmático	7,89	1,80	1	10	7,00	8,00	9,00
Puntuación Total	Asmático	10,68	5,40	0	26	7,00	10,00	15,00
	No asmático	12,29	5,86	3	37	8,00	12,00	16,00

Continuación Tabla 4.5. *Descriptivos SQD en función de presencia o ausencia de enfermedad.*

En cuanto a los resultados obtenidos en el HADS (Tablas 4.6 y 4.7), se observó que tanto los casos probables como los diagnósticos clínicos de ansiedad fueron mayores que los de depresión en todas las muestras a estudio (Figura 4.2).

Tabla 4.6.
Estadísticos descriptivos del HADS población total

	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango escala
Ansiedad	6,90	3,71	0	18	4,00	7,00	9,00	0-21
Depresión	3,70	2,86	0	18	2,00	3,00	5,00	0-21
Malestar emocional	10,56	5,64	0	35	6,00	10,00	14,00	0-42

Tabla 4.7.
Descriptivos HADS en función de presencia o ausencia de enfermedad

	Enfermedad	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango escala
Ansiedad	Asmático	6,37	3,40	0	17	4,00	6,00	8,50	0-21
	No asmático	7,03	3,73	0	18	4,00	7,00	9,00	0-21
Depresión	Asmático	2,32	2,16	0	9	1,00	2,00	3,00	0-21
	No asmático	4,07	2,91	0	18	2,00	3,00	6,00	0-21
Malestar emocional	Asmático	8,70	4,80	1	25	5,00	9,00	12,00	0-42
	No asmático	11,09	5,75	0	35	7,00	10,00	15,00	0-42

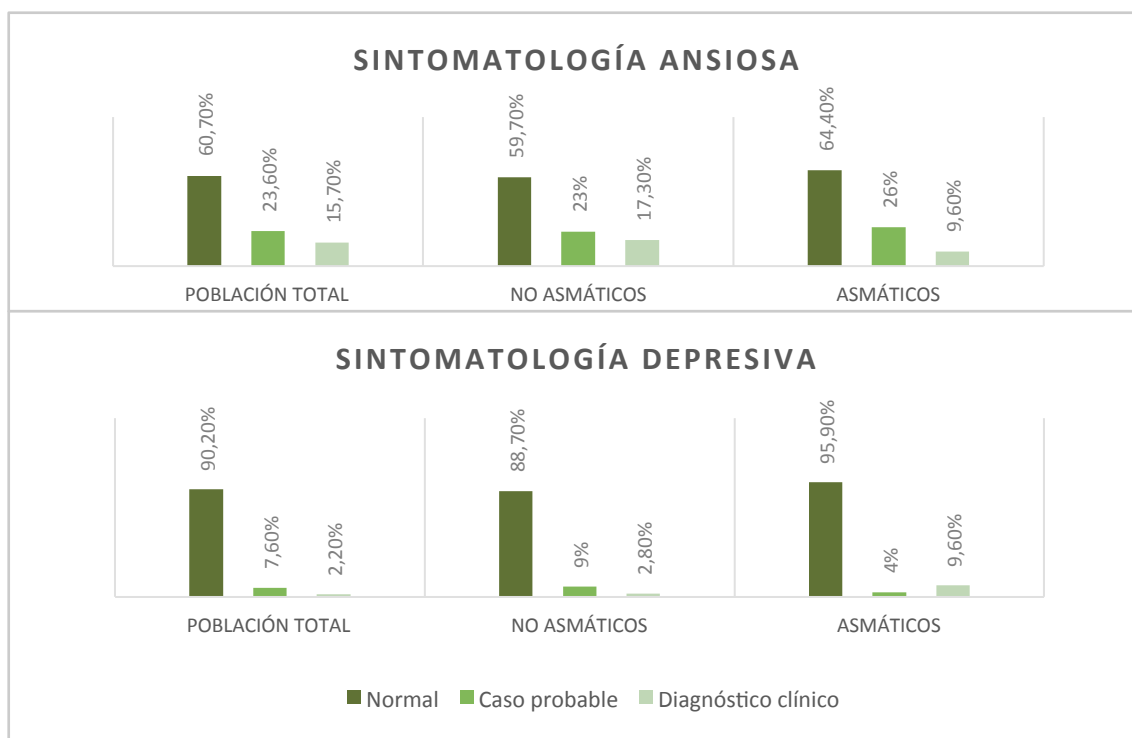


Figura 4.2. Resultados en sintomatología ansiosa y depresiva en las muestras a estudio.

- *Estilo parental percibido*

A partir de las tablas 4.8 y 4.9, destacamos como en todos los factores, a excepción del factor de control psicológico, las puntuaciones medias son elevadas, siendo además mayores en los adolescentes asmáticos que en los adolescentes sanos (Figura 4.3).

Tabla 4.8.

Estadísticos descriptivos de las escalas EP población total

	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango escala
F1. Afecto y comunicación	4,00	8,30	8	48	37,00	43,00	46,00	8-48
F2. Autonomía	37,10	8,60	8	48	32,00	39,00	44,00	8-48
F3. Control conductual	26,80	7,10	6	36	22,00	28,00	33,00	6-36
F4. Control psicológico	21,82	9,12	8	48	14,00	21,00	27,00	8-48
	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango escala

F5. Revelación	20,95	6,74	5	30	16,25	22,00	26,00	5-30
F6. Humor	28,33	6,50	6	36	25,00	30,00	33,00	6-36

Continuación Tabla 4.8. *Estadísticos descriptivos de las escalas EP población total.*

Tabla 4.9.

Estadísticos descriptivos EP en función de presencia o ausencia de enfermedad

	Enfermedad	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango
F1: Afecto y comunicación	Asmático	40,71	6,80	16	48	37,00	42,00	45,75	8-48
	No asmático	39,80	8,63	8	48	37,00	43,00	46,00	8-48
F2: Autonomía	Asmático	38,12	7,02	11	48	34,00	40,00	43,00	8-48
	No asmático	36,80	8,95	8	48	32,00	38,00	44,00	8-48
F3: Control conductual	Asmático	28,51	5,80	12	36	25,50	30,00	33,00	6-36
	No asmático	26,34	7,32	6	36	22,00	27,00	32,00	6-36
F4: Control psicológico	Asmático	19,40	7,60	8	44	13,00	19,00	25,00	8-48
	No asmático	22,48	9,40	8	48	15,00	21,00	28,00	8-48
F5: Revelación	Asmático	22,31	5,40	6	30	19,00	23,00	26,00	5-30
	No asmático	20,60	7,01	5	30	16,00	22,00	26,00	5-30
F6: Humor	Asmático	29,60	5,46	11	36	26,00	31,00	34,00	6-36
	No asmático	27,99	6,69	6	36	25,00	29,00	33,00	6-36

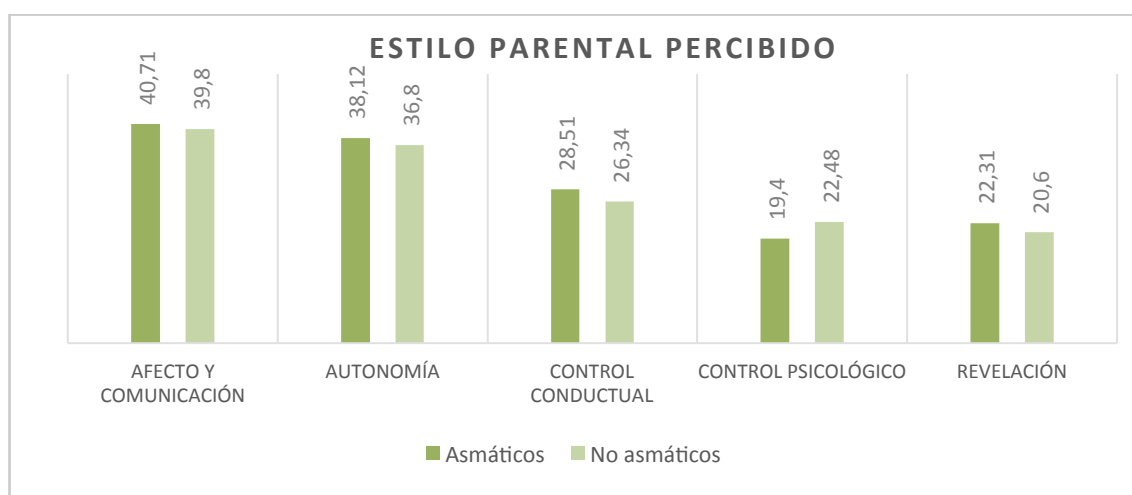


Figura 4.3. Estilo parental percibido en función de la presencia o no de enfermedad crónica respiratoria.

4.2. Comparaciones de medias

Dada la gran cantidad de análisis realizados en este apartado, sólo presentaremos en las tablas aquellos resultados que muestran las diferencias estadísticamente significativas entre las variables psicológicas a estudio, en función de las variables sociodemográficas (sexo y curso académico) y médicas (presencia/ausencia de asma).

4.2.1. En función del sexo

En la población general (Tabla 4.10), los resultados mostraron que las mujeres presentaron medias más bajas en autoestima y bienestar general (puntuación total y factor de aceptación) mientras que, por el contrario, tenían medias más altas en sintomatología emocional, ansiedad y malestar emocional. En lo que al estilo parental se refiere, las mujeres tuvieron medias más altas en los factores de promoción de autonomía, control conductual y revelación.

Tabla 4.10.
Diferencia de medias en función del sexo en la población total.

		t	Sig.	d	
BIEPS-J	F4. Aceptación	2,25	,03	,50	Mujeres < Hombres
	Puntuación Total	4,65	,01	,26	Mujeres < Hombres
RSE	Autoestima	1,96	,05	,21	Mujeres < Hombres
SQD	F1. Sintomatología emocional	-3,27	,01	,35	Mujeres > Hombres
HADS	Ansiedad	-2,53	,01	,27	Mujeres > Hombres
	Malestar emocional	-2,00	,05	,22	Mujeres > Hombres
EP	F2. Autonomía	-2,83	,01	,31	Mujeres > Hombres
	F3. Control conductual	-4,64	,01	,51	Mujeres > Hombres
	F5. Revelación	-3,15	,01	,34	Mujeres > Hombres

d de Cohen = TE pequeño \approx 0,20; TE moderado \approx 0,50; TE grande \approx 0,80.

En la población no asmática (Tabla 4.11), se mantuvo una mayor puntuación en las chicas en los niveles de bienestar general, tanto en el factor aceptación como en la puntuación total de bienestar. Al igual que en la población general, los chicos frente a

las chicas presentaron mayores niveles de bienestar general. Por otro lado, las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en sintomatología emocional y, dentro del estilo parental, en promoción de autonomía, control conductual y revelación.

Tabla 4.11.

Diferencia de medias en función del sexo en la población no asmática.

		t	Sig.	d	
BIEPS-J	F4. Aceptación	2,56	,011	,50	Mujeres < Hombres
	Puntuación Total	3,91	,01	,31	Mujeres < Hombres
SQD	F1. Sintomatología emocional	-2,51	,013	,30	Mujeres > Hombres
	F2. Autonomía	-2,55	,011	,31	Mujeres > Hombres
EP	F3. Control conductual	4,95	,01	,60	Mujeres > Hombres
	F5. Revelación	-3,10	,02	,40	Mujeres > Hombres

d de Cohen = TE pequeño \approx 0,20; TE moderado \approx 0,50; TE grande \approx 0,80.

En la población asmática (tabla 4.12), se observaron diferencias de medias estadísticamente significativa en el factor aceptación, siendo aquí los chicos los que presentaron mayores niveles y, en sintomatología emocional, presentaron las chicas puntuaciones más elevadas.

Tabla 4.12.

Diferencia de medias en función del sexo en la población asmática.

		t	Sig.	d	
BIEPS-J	F4. Aceptación	2,42	,02	,57	Mujeres < Hombres
SQD	F1. Sintomatología emocional	-2,14	,04	,50	Mujeres > Hombres

d de Cohen = TE pequeño \approx 0,20; TE moderado \approx 0,50; TE grande \approx 0,80.

4.2.2. En función del curso académico

Los diferentes cursos escolares se agrupan formando tres grupos: grupo 1-primaria (niños de quinto y sexto curso), grupo 2-primero ciclo de la ESO (primero y

segundo de ESO) y grupo 3-segundo ciclo de la ESO (tercero, cuarto, bachiller y FP). Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 4.13.

Tabla 4.13.
Diferencia de medias en función del curso escolar.

			F	Sig.	η^2	
Población total	HADS	Ansiedad	4,18	,02	,02	Grupo 2 < Grupo 3
	SQD	F5. Conducta prosocial	3,50	,03	,03	Grupo 1 > Grupo 3
	EP	F5. Revelación	5,68	,01	,03	Grupo1 < Grupo3 Grupo2 < Grupo3
Población no asmática	EP	F5. Revelación	3,15	,04	,02	Grupo2 < Grupo3
Población asmática	EP	F6. Humor	3,77	,03	,10	Grupo1 > Grupo3

Eta cuadrado parcial: TE pequeño \approx 0,02; TE medios \approx entre 0,15 y 0,3; TE alto \approx 0,3.

En la población total, el análisis de varianza mostró que existen diferencias de medias significativas en la puntuación de ansiedad, conducta prosocial y revelación. Los análisis post-hoc revelaron que los participantes que acudían a 2º ciclo de la ESO, Bachiller y FP (grupo 3) presentaban una media mayor en ansiedad y una menor conducta prosocial al compararlos con los adolescentes de primer ciclo de la ESO. Además, también se encontró una menor puntuación en el factor revelación del EP en este grupo al compararlo con los adolescentes de primaria y de primer ciclo de la ESO.

En la muestra de adolescentes sanos, se encontraron únicamente diferencias en el factor revelación. Los sujetos más mayores (segundo ciclo ESO, Bachiller y FP) presentaban aquí una menor puntuación en comparación con los adolescentes de primer ciclo, pero no con los de primaria.

Los asmáticos presentaron diferencias únicamente en el factor humor del EP, donde los adolescentes de segundo ciclo de la ESO, bachiller y FP obtuvieron puntuaciones más bajas que los adolescentes que se encuentran aún en primaria.

4.2.3. En función de la presencia o ausencia de enfermedad crónica

Los resultados obtenidos se presentan en la tabla siguiente (Tabla 4.14).

Tabla 4.14.

Diferencia de medias en función de la presencia o ausencia de enfermedad crónica.

		t	Sig.	d	
BIEPS-J	F3. Proyectos	-2,55	,01	,26	Asmáticos < No asmáticos
	Puntuación Total	11,59	,01	,50	Asmáticos > No asmáticos
SQD	F1. Sintomatología emocional	2,23	,03	,30	Asmáticos < No asmáticos
	F4. Problemas entre iguales	2,70	,01	,10	Asmáticos < No asmáticos
	F5. Conducta prosocial	3,17	,01	,37	Asmáticos > No asmáticos
	Total psicopatología	2,11	,04	,42	Asmáticos < No asmáticos
HADS	Depresión	5,72	,01	,29	Asmáticos < No asmáticos
	Malestar emocional	3,22	,01	,70	Asmáticos < No asmáticos
EP	F3. Control conductual	2,65	,01**	,33	Asmáticos > No asmáticos
	F4. Control psicológico	2,91	,04**	,36	Asmáticos < No asmáticos
	F5. Revelación	2,24	,03	,30	Asmáticos > No asmáticos

d de Cohen = TE pequeño \approx 0,20; TE moderado \approx 0,50; TE grande \approx 0,80.

Los pacientes asmáticos presentaron una puntuación mayor en bienestar total, así como en el factor conducta prosocial. Por el contrario, en el factor proyectos, los pacientes asmáticos puntuaron significativamente más bajo que sus iguales sanos.

En relación a la presencia de psicopatología, los adolescentes sanos presentaron valores más altos en la puntuación total de psicopatología, en los factores de sintomatología emocional y problemas de relación entre iguales, así como en las variables depresión y Malestar Emocional.

Fijándonos en el estilo parental, los análisis mostraron que en los factores Control conductual y Revelación, las familias de los adolescentes asmáticos tenían puntuaciones más altas que las de los adolescentes sanos, mientras que para el factor control psicológico ocurría lo contrario, siendo las familias de los adolescentes sin asma las que presentaban una mayor puntuación.

4.3. Correlaciones

Se ha realizado un análisis exhaustivo para explorar la relación de las variables clínicas y de funcionamiento familiar. La totalidad de los resultados se presentan en las tablas 4.15, 4.16, 4.17 que aparecen en los Anexo 12, 13 y 14, respectivamente.

4.3.1. Relación entre la edad y las variables estudiadas

En la población general, las relaciones encontradas entre la edad y las variables a estudio fueron débiles. Se encontraron relaciones positivas estadísticamente significativas entre la edad y ansiedad, malestar general, hiperactividad y puntuación total en psicopatología. Asimismo, se obtuvieron relaciones negativas estadísticamente significativas entre la edad y aceptación, autoestima, conducta prosocial, revelación, afecto y comunicación, control conductual y humor.

En la población de adolescentes sanos, las pruebas mostraron la presencia de relaciones positivas significativas entre edad y ansiedad, malestar general, hiperactividad y total de psicopatología. Por el contrario, las relaciones entre edad y autoestima, conducta prosocial, revelación, afecto y comunicación y control conductual, fueron significativas y negativas.

Finalmente, en la población asmática, no se encontraron apenas relaciones estadísticamente significativas entre la edad y las variables a estudio, salvo en revelación y humor, las cuales mostraron una relación negativa con la edad.

4.3.2. Relación entre las variables estudiadas

Dada la cantidad de correlaciones significativas obtenidas, a continuación, solamente se señalarán aquellas que presentaron una potencia de relación moderada o elevada, es decir, a partir de $r_x \geq 0,30$, en las diferentes muestras del estudio (Figuras 4.4 y 4.5). Los resultados completos se pueden consultar en los anexos 12, 13 y 14.

En términos generales, en las correlaciones obtenidas al analizar la relación entre las variables psicológicas a estudio (Figura 4.4), se observó que la gran mayoría de las

variables que presentaron una relevante potencia de relación, lo hicieron en las tres muestras por igual.

Queremos subrayar, sin embargo, que existen varias variables que correlacionan por igual en la población general y en la no asmática, mientras que no correlacionan de manera relevante en la población asmática (control y problemas conductuales; aceptación y problemas de relación; aceptación y depresión; aceptación y malestar; depresión y problemas conductuales; depresión y problemas de relación; y, malestar y problemas conductuales).

Fijándonos en los adolescentes asmáticos, destacan las correlaciones encontradas entre los problemas de relación y el bienestar general y la autoestima, puesto que dichas asociaciones no se aprecian en las otras muestras.

Por otro lado, en la muestra no asmática únicamente aparecieron correlaciones, entre control e hiperactividad; control y psicopatología; aceptación y problemas de conducta; aceptación y ansiedad; y, autoestima y bienestar total.

Por último, es importante señalar que la relación entre depresión e hiperactividad está presente en las dos submuestras (asma-no asma), pero no presenta una suficiente intensidad en la población general.

Figura 4.4. Correlaciones obtenidas entre las variables psicológicas.

		POBLACIÓN GENERAL	POBLACIÓN NO ASMÁTICA	POBLACIÓN ASMÁTICA
CONTROL	Problemas conducta	-	-	
	Hiperactividad		-	
	Psicopatología		-	
VÍNCULOS	Problemas de relación	-	-	-
BIEPS-J	Síntomas emocionales	-	-	-
	Problemas conducta		-	
ACEPTACIÓN	Problemas relación	-	-	
	Psicopatología	-	-	-
	Ansiedad		-	
	Depresión	-	-	

		Malestar	-	-	
BIENESTAR TOTAL		Síntomas emocionales	-	-	-
		Problemas relación			-
		Psicopatología	-	-	-
		Ansiedad	-	-	
		Depresión	-	-	-
		Malestar	-	-	-
	RSE	AUTOESTIMA	Aceptación	+	+
Bienestar total				+	
Síntomas emocionales			-	-	-
Problemas relación					-
Psicopatología			-	-	-
Ansiedad			-	-	
Depresión			-	-	-
Malestar			-	-	-
HADS	ANSIEDAD	Síntomas emocionales	+	+	+
		Hiperactividad		+	+
		Problemas relación	+	+	
		Psicopatología	+	+	+
		Depresión	+	+	+
	DEPRESIÓN	Síntomas emocionales	+	+	+
		Problemas conducta	+	+	
		Hiperactividad		+	+
		Problemas relación	+	+	
		Psicopatología	+	+	+
MALESTAR	Síntomas emocionales	+	+	+	
	Problemas conducta	+	+		
	Psicopatología	+	+	+	

Color azul: $r_x \geq 0,30$; Color verde: $r_x \geq 0,50$.

Respecto de las relaciones obtenidas entre el estilo parental y las muestras analizadas, se observa claramente en la figura 4.5 como la muestra asmática presentan un perfil más diferenciado, si se compara con la población general y no asmática. En este sentido, en la población asmática encontramos que el factor de control psicológico se asocia en mayor medida con las variables personales evaluadas.

Figura 4.5. Correlaciones entre las variables psicológicas y los factores de estilo parental.

			POBLACIÓN GENERAL	POBLACIÓN NO ASMÁTICA	POBLACIÓN ASMÁTICA
EP	F1. AFECTO Y COMUNICACIÓN	Autoestima	+	+	
		Conducta prosocial			+
		Depresión	-	-	
		Malestar		-	
	F4. CONTROL PSICOLÓGICO	Autoestima	-	-	-
	Síntomas			+	

F6. HUMOR	emocionales			
	Problemas conducta			+
	Psicopatología			+
	Depresión			+
	Malestar	+	+	+
	Autoestima	+	+	+
	Problemas conducta			-
	Conducta prosocial			+
	Depresión	-	-	
	Malestar	-	-	

Color azul: $r_x \geq 0,30$.

4.4. Regresiones lineales

Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos para estudiar qué variables podían explicar mejor la varianza encontrada en las variables de ansiedad, depresión y malestar general en cada una de las muestras a estudio. Debido a la gran cantidad de variables analizadas, se incluyeron, en cada uno de los análisis de regresión, únicamente aquellas variables que, según nuestro estudio correlacional previo, se relacionaban significativamente con la variable dependiente que se pretendía predecir.

4.4.1. Predictores de la ansiedad

En la población general, los análisis de regresión mostraron que el mejor modelo que predice la ansiedad en los adolescentes es aquel que incluye las variables de sintomatología emocional, hiperactividad, depresión y control conductual, explicando un 39% de la varianza (Tablas 4.18 y 4.19).

Tabla 4.18.

Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza de la ansiedad en la población general

Variables predictoras	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F	Sig
(Constante), Sintomatología emocional, Hiperactividad, Depresión, Control conductual	,63	,40	,39	2,84	51,22	,00

Tabla 4.19.

Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza de la ansiedad en la población general

	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	,47	,74		,64	,52
Sintomatología emocional	,55	,08	,34	6,86	,01
Hiperactividad	,40	,07	,25	5,39	,01
Depresión	,33	,07	,25	5,11	,01
Control conductual	,06	,02	,11	2,47	,01

En el caso de los adolescentes sanos, los análisis revelaron que las variables sintomatología emocional, hiperactividad, depresión y autoestima son las que mejor predecían la ansiedad, explicando un 39,8% de su varianza (Tablas 4.20 y 4.21).

Tabla 4.20.

Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza de la ansiedad en población no asmática

Variables predictoras	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F	Sig
(Constante), Sintomatología emocional, Hiperactividad, Depresión, Autoestima	,64	,41	,40	2,86	41,45	,00

Tabla 4.21.

Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza de la ansiedad en población no asmática

	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	5,26	1,71		3,08	,01
Sintomatología emocional	,50	,10	,31	5,27	,01
Hiperactividad	,38	,09	,23	4,50	,01
Depresión	,28	,08	,22	3,58	,01
Autoestima	-,09	,04	-,14	-2,15	,03

En el caso de la población asmática, los análisis mostraron que el mejor modelo que predice la ansiedad es aquel que incluye las variables sintomatología emocional,

control conductual y depresión, explicando un 37% de la varianza de la variable dependiente (Tablas 4.22 y 4.23).

Tabla 4.22.

Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza de la ansiedad en población asmática

Variables predictoras	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F	Sig
(Constante), Sintomatología emocional, Control conductual, Depresión	,63	,39	,37	2,75	14,06	,01

Tabla 4.23.

Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza de la ansiedad en población asmática

	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	-,92	1,76		-,53	,60
Sintomatología emocional	,67	,17	,42	3,85	,01
Control conductual	,16	,06	,27	2,74	,01
Depresión	,40	,18	,24	2,23	,03

4.4.2. Predictores de la depresión

En el caso de la sintomatología depresiva en la población total, los análisis mostraron que el 38,80% de su varianza es explicada por el modelo que incluye las variables autoestima, ansiedad, bienestar general, problemas de relación entre iguales y humor (Tablas 4.24 y 4.25).

Tabla 4.24.

Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza de la depresión en la población total

Variables predictoras	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F	Sig
(Constante), Autoestima, Ansiedad, Problemas de relación, Humor	,63	,40	,39	2,19	40,35	,01

Tabla 4.25.

Valores de las variables predictoras de la varianza de la depresión en la población total

	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	10,20	1,23		8,27	,01
Autoestima	-,14	,030	-,26	-4,54	,01
Ansiedad	,20	,038	,26	5,31	,01
Problemas de relación	,26	,075	,16	3,41	,01
Humor	-,06	,021	-,14	-2,81	,01

En la población no asmática, los análisis mostraron que el modelo que mejor predice la depresión es aquel que incluye como predictores la autoestima, ansiedad, problemas de comportamiento y aceptación y humor, explicando un 40,30% de la varianza de la variable dependiente (Tablas 4.26 y 4.27).

Tabla 4.26.

Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza de la depresión en la población no asmática

Variables predictoras	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F	Sig
(Constante), Autoestima, Ansiedad, Problemas de comportamiento, Aceptación, Humor	,65	,42	,40	2,21	33,56	,01

Tabla 4.27.

Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza de la depresión en la población no asmática

	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	11,27	1,42		7,91	,01
Autoestima	-,14	,03	-,27	-4,15	,01
Ansiedad	,18	,04	,23	4,02	,01
Problemas de comportamiento	,25	,08	,16	2,99	,01
Aceptación	-,39	,14	-,16	-2,77	,01
Humor	-,06	,02	-,13	-2,35	,02

En la población asmática, los análisis pusieron de manifiesto que las variables ansiedad, autoestima y promoción de autonomía son las que mejor la depresión, explicando el 33,60% de su varianza (Tabla 4.30 y 4.31).

Tabla 4.28.

Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza de la depresión en la población asmática

Variables predictoras	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F	Sig
(Constante), Ansiedad, Autoestima, Promoción de autonomía	,60	,36	,34	1,77	13,12	,01

Tabla 4.29.

Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza de la depresión en la población asmática

	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	8,40	1,99		4,22	,01
Ansiedad	,25	,06	,38	3,81	,01
Autoestima	-,16	,05	-,30	-2,89	,01
Promoción de autonomía	-,07	,03	-,23	-2,28	,03

4.4.3. Predictores del malestar emocional

Fijándonos en el malestar emocional en la población total, los análisis mostraron que el modelo que mejor predice dicho indicador es aquel que incluye las variables sintomatología emocional, autoestima, hiperactividad, promoción de autonomía y proyectos, explicando un 45,10% de la varianza (Tablas 4.30 y 4.31).

Tabla 4.30.

Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza del malestar emocional en la población general

Variables predictoras	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F	Sig
(Constante), Sintomatología emocional, Autoestima, Hiperactividad, Promoción de autonomía	,68	,46	,45	4,10	52,10	,01

Tabla 4.31.

Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza del malestar emocional en la población general

	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	13,99	2,36		5,92	,01
Sintomatología emocional	,85	,12	,35	7,11	,01
Autoestima	-,28	,06	-,27	-5,16	,01
Hiperactividad	,58	,11	,24	5,34	,01
Promoción de autonomía	-,08	,03	-,12	-2,64	,01

En el caso de la población de adolescentes sanos, los análisis revelaron que el 47% de la varianza del malestar general viene explicada por el modelo que incluye las variables autoestima, sintomatología emocional, hiperactividad, afecto y comunicación, y aceptación (Tablas 4.32 y 4.33).

Tabla 4.32.

Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza del malestar emocional en la población no asmática

Variables predictoras	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F	Sig
(Constante), Autoestima, Sintomatología emocional, Hiperactividad, Afecto y comunicación	,69	,48	,47	4,10	43,68	,01

Tabla 4.33.

Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza del malestar emocional en la población no asmática

	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	21,60	2,81		7,68	,01
Autoestima	-,22	,06	-,21	-3,45	,01
Sintomatología emocional	,78	,14	,32	5,78	,01
Hiperactividad	,54	,12	,22	4,40	,01
Afecto y comunicación	-,09	,03	-,14	-2,67	,01

Finalmente, en cuanto a los adolescentes asmáticos, los análisis pusieron de manifiesto que las variables sintomatología emocional e hiperactividad son las que forman el mejor modelo, explicando un 34,1% de la varianza (Tablas 4.34 y 4.35).

Tabla 4.34.

Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza del malestar emocional en la población asmática

VARIABLES PREDICTORAS	R	R CUADRADO	R CUADRADO CORREGIDA	ERROR TÍP. DE LA ESTIMACIÓN	F	SIG
(Constante), Sintomatología emocional, Hiperactividad	,60	,36	,34	3,87	19,64	,01

Tabla 4.35.

Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza del malestar emocional en la población asmática

	B	ERROR TÍP.	BETA	t	SIG.
(Constante)	3,17	1,07		2,97	,01
Sintomatología emocional	,90	,21	,43	4,30	,01
Hiperactividad	,68	,22	,31	3,12	,003

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para finalizar, se van a comentar los principales resultados obtenidos en el estudio y su respectiva conclusión. Además, se indicarán las limitaciones encontradas en la investigación y, brevemente, se mencionarán algunas propuestas para futuras líneas de investigación.

En relación con nuestro **primer objetivo**, encontramos que nuestra muestra está compuesta por adolescentes de entre 12 y 16 años, siendo su rango amplio y representativo del periodo de la adolescencia. En relación al sexo, los porcentajes entre hombres y mujeres son equivalentes, tanto en la población general como en la muestra asmática y no asmática. Respecto a las características psicológicas, la mayoría de los participantes presentan niveles elevados de autoestima, así como niveles relativamente bajos de depresión. Las puntuaciones en sintomatología ansiosa son más elevadas, resultado que puede venir explicado porque la ansiedad precede la aparición posterior de sintomatología depresiva (Parker et al., 1999). Por último, las puntuaciones en los factores de estilos parentales son saludables y elevadas en términos generales, destacando la baja puntuación obtenida en el control psicológico en las tres muestras a análisis.

En cuanto al **segundo objetivo** planteado, los resultados obtenidos van en la línea de lo esperado, puesto que, tal como se asumía en la **hipótesis uno**, existen diferencias en función de las variables sociodemográficas (sexo, curso académico y edad).

En relación al sexo, nuestros resultados van en la línea de lo aparecido en los estudios generales con adolescentes (Ortiz, 2010), puesto que ponen de manifiesto que las mujeres presentan mayores indicadores de riesgo para la salud psicológica (mayor sintomatología emocional, ansiedad y malestar, así como menores niveles de autoestima, aceptación y bienestar). A su vez, los hombres con asma tienen una mayor aceptación de sí mismos y un mejor bienestar general. En nuestros datos, si aparecen diferencias entre sexos en bienestar psicológico, aportando una evidencia diferente a lo encontrado por Casullo y Castro, (2000). Por el contrario, el sexo femenino se asocia con mejores indicadores en el estilo paternal (medias más altas en los factores de promoción de autonomía, control conductual y revelación).

Fijándonos en las diferencias en función del curso académico, encontramos que éstas son más notables en la población general que en las dos submuestras (asmáticos y no asmáticos). En la muestra total, los adolescentes que acuden a 2º ciclo de la ESO, Bachiller o FP (grupo 3), presentan menor revelación al compararse con los otros dos grupos (primer ciclo de la ESO y primaria), así como menor conducta prosocial y mayor presencia de ansiedad que los adolescentes de primer ciclo de la ESO. Respecto a las dos submuestras, solamente se encuentran diferencias significativas en el factor revelación en la muestra no asmática, y en el factor humor en la muestra asmática. En ambos, fueron nuevamente los adolescentes del grupo tres (segundo ciclo de la ESO) los que presentaron puntuaciones más bajas.

Respecto a la edad, los resultados en la población general indican que, a mayor edad, mayor presencia de ansiedad, malestar general, hiperactividad y puntuación total en psicopatología. Destaca que, en ninguna de las tres muestras a estudio, se obtiene una correlación significativa positiva entre la edad y la depresión, tal y como se esperaba teniendo en cuenta la literatura (Modi et al., 2011). Dicho resultado puede venir influido por la baja fiabilidad obtenida en la escala de depresión, por lo que hemos de ser cautelosos con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Por otra parte, los datos también muestran que, a medida que los adolescentes se hacen más mayores, éstos presentan una menor aceptación, autoestima, conducta prosocial, revelación, afecto y comunicación, control conductual y humor. En este sentido, la evidencia indica que durante la adolescencia se produce una disminución de la cercanía emocional y de las expresiones de afecto del adolescente con su familia (Collins y Repinski, 1994). La comunicación también suele deteriorarse a esta edad, ya que al adolescente le cuesta hablar más de sus asuntos de forma espontánea, las interrupciones son más frecuentes y la comunicación se hace más difícil (Oliva, 2006). Sin embargo, este deterioro suele ser pasajero, y en la mayoría de familias la comunicación, al igual que el afecto positivo, suele recuperarse a lo largo de la adolescencia (Oliva, 2006).

Por último, estableciendo una comparación entre las poblaciones a estudio, destaca que las correlaciones obtenidas en la población total y la no asmática son prácticamente idénticas, a excepción de los factores aceptación y humor, los cuales no

presentan relaciones significativas con la edad en la muestra de adolescentes sanos. Finalmente, a pesar de que, en la población con presencia de enfermedad crónica las relaciones obtenidas con la edad fueron escasas, el factor revelación se vio asociado con la edad al igual que en las dos otras muestras y, el factor humor, al igual que ocurre en la población total.

Fijándonos en el **objetivo tres**, los resultados muestran la relación esperada entre las variables psicológicas y familiares, confirmando nuestra **segunda hipótesis**.

Por un lado, se han encontrado correlaciones entre las variables indicadoras de salud psicológica, por lo que podríamos hablar de la existencia de un perfil psicológico saludable en el que un alto nivel de bienestar psicológico, una alta autoestima y la ausencia de problemas clínicos de ansiedad y/o depresión, se dan de manera conjunta.

Por otro lado, fijándonos en la relación entre las variables psicológicas y los estilos familiares, nuestros datos aportan evidencia sobre como los modelos de conducta positivos a nivel familiar ejercen una gran influencia en los comportamientos de salud de los adolescentes, así como en su salud mental (Dewolf, 2012). En este sentido, los resultados obtenidos muestran que un estilo parental con alto afecto, comunicación y humor se relaciona con niveles mayores de autoestima y menores de depresión y malestar emocional. Por el contrario, un exceso de control psicológico, es decir, de manipulación y chantaje emocional por parte de los padres, se asocia con una menor autoestima y mayores niveles de malestar emocional en los hijos adolescentes. Este aspecto señala la importancia de promover un ambiente familiar cálido, comunicativo y optimista, ya que estos estilos parentales parecen influir de manera positiva en el ajuste del adolescente.

Gracias a la realización de ecuaciones de regresión, ha sido posible cumplir con el **objetivo cuatro**, según el cual pretendemos identificar los principales predictores del bienestar y la salud psicológica en los adolescentes. Cabe señalar que, en todos los análisis de regresión realizados, la varianza explicada por las variables evaluadas es ligeramente menor en la población asmática que en las otras dos muestras a estudio.

El modelo que mejor predice la ansiedad en la población general es aquel que incluye las variables de sintomatología emocional, hiperactividad, depresión y control

conductual. En relación a las submuestras, en ambos modelos aparecen como predictores las variables sintomatología emocional y depresión. Además, en la muestra no asmática se incluyen también la hiperactividad y la autoestima, mientras que en la muestra asmática aparece el control conductual.

Fijándonos en la sintomatología depresiva, se observó que la autoestima y la ansiedad eran variables predictoras de la depresión en todas las muestras a estudio. Además, el humor resultó relevante para explicar la depresión en la muestra general y la no asmática, pero no en la población con asma. Por último, la promoción de autonomía fue, de forma distintiva, una variable predictora en la muestra asmática; las variables problemas de comportamiento y aceptación lo fueron en la muestra no asmática; y, los problemas de relación en la población general.

Finalmente, comparando las muestras a estudio, la autoestima parece ser una variable importante en cuanto a su predicción del malestar emocional en la muestra general y en la no asmática, pero no es relevante en el caso de la muestra asmática. En dicha muestra, el modelo que mejor predice la varianza del malestar emocional incluye solamente dos variables: sintomatología emocional e hiperactividad. Por otro lado, además de las variables nombradas (autoestima, sintomatología emocional e hiperactividad), el factor de promoción de autonomía se obtiene como un predictor del malestar en la población general y, el factor de afecto y comunicación como predictor en la población no asmática.

En relación a la literatura consultada, destaca el papel otorgado a la autoestima como un buen predictor del grado de ajuste psicológico en los adolescentes Parra, Oliva y Sánchez-Queija (2004). En nuestros datos, a pesar de que la autoestima presenta un papel relevante en la predicción de la depresión en las tres muestras, destaca que no se manifieste en nuestro estudio como predictora de la ansiedad y del malestar emocional en la muestra asmática. Resultaría interesante un análisis más detallado sobre este aspecto en futuras investigaciones.

Además, fijándonos en la población asmática, también es importante destacar el papel de la hiperactividad. Los resultados muestran como dicha variable resulta

predictora de la ansiedad en las tres muestras a estudio y predictora del malestar emocional únicamente en la muestra asmática. En este sentido, la evidencia indica que los asmáticos presentan con mayor frecuencia TDAH (Booster et al., 2016), y, puesto que el cuestionario utilizado para medir esta variable tiene validez predictiva para detectar posibles TDAH (Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Inchausti y Sastre, 2016), hay que tener en especial consideración estos resultados.

Finalmente, en relación con el **objetivo cinco**, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que los adolescentes no asmáticos presentan mayor riesgo de problemas psicológicos que los pacientes asmáticos, presentando los asmáticos índices más altos de conducta prosocial y bienestar, siendo en el factor proyectos la única variable en la que los asmáticos obtienen peores resultados que sus iguales sanos. Es por tanto que, en cuanto a la **tercera hipótesis**, nuestros datos no apoyan la evidencia según la cual los adolescentes con asma bronquial presentan mayor clínica psicológica significativa (Margalit y Margalit, 1982; Barros, 1999; McQuaid et al., 2001; Pinquart y Shen, 2011; Booster et al., 2016).

Entre los factores que pueden explicar dichas diferencias, encontramos que, por una parte, en la muestra asmática la gran mayoría de los pacientes presentan un buen control del asma, por lo que el grado de control de la enfermedad y la desregulación que su ausencia pudiera ocasionar en los asmáticos no estaría reflejado en nuestros resultados. Asimismo, el estilo de crianza de los adolescentes sanos ha resultado ser significativamente menos adaptativo que el de los adolescentes con enfermedad crónica. Así, el papel protector de las variables familiares en los asmáticos podría estar influyendo en los resultados más positivos obtenidos por estos. Como hemos comentado anteriormente, las variables familiares son factores de gran relevancia que deberían controlarse en futuras investigaciones.

Queremos destacar, sin embargo, que un 35% de los pacientes asmáticos muestran sintomatología ansiosa y un 15% sintomatología depresiva, siendo, por tanto, una población que requiere atención y prevención específicas. El predominio de la ansiedad en nuestra investigación va en la línea de la literatura científica, donde la evidencia sobre la ansiedad en el asma bronquial y sus efectos es particularmente fuerte,

sugiriendo que presenta un importante papel en la psicopatología de la enfermedad (Kullowatz et al., 2006). Además, como ya hemos comentado anteriormente, dichas diferencias pueden venir explicadas porque la depresión aún no se ha desarrollado completamente (Modi et al., 2011).

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

Por una parte, la principal limitación del estudio es que el número de participantes que presentan asma bronquial es pequeño, por lo que la generalización de los resultados ha de realizarse con precaución. En general, en este tipo de estudios hospitalarios, las muestras finales obtenidas suelen ser reducidas debido a la dificultad de recoger muestra de enfermos crónicos pediátricos. También se ha de tener en cuenta que la mayoría de los participantes presentaban un buen control sobre la enfermedad, siendo interesante estudiar en muestras más amplia el papel de dicha variable.

Las variables familiares se han evaluado de acuerdo a la percepción de los adolescentes, por lo que, otra gran limitación es que no se ha evaluado directamente a los padres de los adolescentes. Contar con su propia visión sobre su estilo educativo permitiría obtener mayor información y, además, posibilitaría valorar el grado de discrepancia entre padres e hijos. Debido a su relevante papel, un mayor control y representación de estilos parentales al realizar la comparación entre adolescentes asmáticos y no asmáticos sería recomendable, puesto que su influencia puede actuar como una variable mediadora relevante.

Asimismo, sería interesante contar en próximos estudios con múltiples informadores y distintos métodos de obtención de la información para evaluar las variables a estudio, pudiendo reducir los errores cometidos comúnmente en los autoinformes.

Por último, es relevante destacar que los resultados presentados anteriormente no permiten llegar a obtener relaciones causales entre las variables de interés. El diseño llevado a cabo en la presente investigación, de tipo transversal, sólo nos posibilita

concluir que existen relaciones significativas entre las variables, por lo que se requieren estudios longitudinales con el fin de esclarecer con mayor precisión los resultados obtenidos.

En **futuras líneas de investigación** en relación con este estudio, se debería aumentar el número de la población con enfermedad crónica, así como intentar contar con la evaluación de los padres de los adolescentes. Asimismo, sería de vital importancia controlar las variables que podrían influir en las diferencias entre asmáticos y no asmáticos, especialmente el estilo de crianza paternal. Sería interesante también realizar distintos programas de intervención derivados de los modelos obtenidos y evaluar su influencia real sobre los adolescentes y sus familias.

Finalmente, a la luz de los resultados obtenidos, **podemos concluir** que nuestros datos no muestran que la enfermedad crónica respiratoria pediátrica sea la variable determinante en las diferencias de bienestar y salud psicológicos, sino que son otras variables, tales como la autoestima o los estilos parentales, las que actúan promoviendo o dificultando conductas de prevención y fortalecimiento. Si bien, en nuestro estudio, el asma no parece ser una variable determinante, es un factor de riesgo que hay que tener en cuenta. En este sentido, los niveles de psicopatología presentes en la muestra asmática remarcan la importancia de tomar medidas sanitarias preventivas en esta población y establecer las actuaciones psicológicas adecuadas en los casos que la requieran.

VI. REFERENCIAS

- Abiodun, O. A. (1994). A validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale in general hospital units and a community sample in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 165, 669-672.
- Akinbami, L. J., y Schoendorf, K. C. (2002). Trends in childhood asthma: prevalence, health care utilization, and mortality. *Pediatrics*, 110(2), 315-322.
- Atienza, F. L., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología: Universidad Tarroconensis*, 22(1-2), 29-42.
- Barriuso-Lapresa, L.M., Hernando-Arizaleta, L., y Rajmil, L. (2014). Valores de referencia de la versión para padres del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) en población española, 2006. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(2), 43-8.
- Barrón, R., Montoya Castilla, I., Casullo, M. M., y Bernabéu Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Barros, L. (1999). *Psicología Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Benítez, M., Molina, R., y Camps, R. (2005). Aspectos psicológicos del asma infantil. *Revista Pediatr Aten Primaria*, 7(Supl 2), 137-149.
- Bercedo, A., Redondo, F., Lastra, L., Serrano, M. G., Mora, E., Pacheco, M. ... Pérez, E. (2004). Prevalencia de asma bronquial, rinitis alérgica y dermatitis atópica en adolescentes de 13-14 años de Cantabria. *Bol Pediatr*, 44, 9-19.
- Booster, G. D., Oland, A. A., y Bender, B. G. (2016). Psychosocial factors in severe pediatric asthma. *Immunology Allergy Clinics of North America*, 36, 449-460.
- Bourdon, K. H., Goodman, R., Rae, D. S., Simpson, G., y Koretz, D. S. (2005). The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 557-564.

- Casullo, M. M., y Castro Solano, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología (Pontificia Universidad Católica del Perú)*, 18 (1), 3-5.
- Chan, Y. F., Leung, D. Y., Fong, D. Y., Leung, C. M., y Lee, A. M. (2010). Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large community sample of adolescents in Hong Kong. *Quality of Life Research*, 19(6), 865-873.
- Chávez Ventura, G. (2012). Perspectivas para la investigación psicológica del asma. *Rev. Psicol. Trujillo (Perú)*, 14(2), 268-277.
- Chen, E., y Gregory, E. M. (2007). Stress and inflammation in exacerbations of asthma. *Brain, behavior, and immunity*, 21(8), 993-999. doi:10.1016/j.bbi.2007.03.009.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collins, W.A., y Repinski, D.J. (1994). Relationships during adolescence: Continuity and change in interpersonal perspective. En R. Montemayor, G.R. Adams & T.P. Gullotta (Eds.), *Personal relationships during adolescence* (pp. 7-36). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J. y Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8 (1), 455-480.
- Contini, E. N., Coronel, C., Levin, M., y Estevez, M. A. (2003). Estrategias de afrontamiento, bienestar psicológico y factores de protección de la salud del adolescente. Un estudio preliminar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 16(2), 29-51.
- Cruz, M. S., Maganto, C., Montoya, I., y González, R. (2002). Escala de bienestar psicológico para adolescentes: Resultados españoles. *MM Casullo (Comp.)*, *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*, 65-77.
- De las Cuevas Cartresana, C., García-Estrada Perez, A., y González de Rivera, J. L. (1995). "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 126-130.

- Dewolff, D.K. (2012). *In search of resilience and positive health outcomes in low-income adolescents with asthma* (tesis doctoral). Loyola University Chicago, Chicago.
- European Respiratory Society (2013). *European Lung White Book: Respiratory Health and Disease in Europe*. Recuperado de <http://www.erswhitebook.org/>.
- Fernández Rodríguez, J. C., y Miralles Muñoz, F. (2014). Estudio de la depresión en el asma bronquial a través del triple sistema de respuesta. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44(1), 21-29.
- Fonseca-Pedredro, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2012). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16 (1), 15-25.
- Galindo Vázquez, O., Meneses García, A., Herrera Gómez, A., Caballero Tinoco, M. R., y Aguilar Ponce, J. L. (2015). Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3), 383-392.
- Global Initiative for Asthma (2015). *GINA Report: Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Recuperado de <http://www.ginasthma.org/>.
- Góngora, V., Fernández Liporace, M., y Castro Solano, A. (2010). Estudio de validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población adolescente de la Ciudad de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*, 7, 24-39.
- González-Fuentes, M. B., y Andrade Palos, P. (2016). Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica RIDEP*, 2(42), 68-83. doi: 10.21865/RIDEP42_69.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-58.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.

- Hazen, E., Scholzman, S., y Beresin, E. (2008). Adolescent psychological development: A review. *Pediatrics in Review*, 29, 161-168.
- Ibáñez E. y Caro, I. (1992). La escala Hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43- 69.
- Jörngården, A., Wettergen, L., y Von Essen, L. (2006). Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health and quality of life outcomes*, 4(1), 91.
- Kullowatz, A., Kanniess, F., Dahme, B., Magnussen, H., y Ritz, T. (2006). Association of depression and anxiety with health care use and quality of life in asthma patients. *Respiratory Medicine*, 101, 638-644.
- Margalit, M. y Margalit, M. (1982). Multivariate concept of psychosomatic illness the self-concept of asthmatic children. *International Journal of Social Psychiatry*, 28 (2), 145-148.
- Marsollier, R., y Aparicio, M. (2011). El bienestar psicológico en el trabajo y su vinculación con el afrontamiento en situaciones conflictivas. *Psicoperspectivas*, 10(1), 209-220.
- McQuaid, E. L., Kopel, S. J., y Nassau, J. H. (2001). Behavioral adjustment in children with asthma: a meta-analysis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22(6), 430-439.
- Modi, M., Driscoll, K. A., Montag-Leifling, K. y Acton, J. D. (2011). Screening for Symptoms of Depression and Anxiety in Adolescents and Young Adults With Cystic Fibrosis. *Pediatric Pulmonology*, 46 (2), 153–159.
- Molina-García, J., Castillo, I., y Pablos, C. (2007). Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios. *European Journal of Human Movement*, 18, 79-91.
- Mumford, D. B., Tareen, I.A., Bajwa, M. A., Bathi, M. R., y Karin, R. (1991) The translation and evaluation of an Urdu version of the hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 81-85.
- Murdock, K. K., Robinson, E. M., Adams, S. K., Berz, J. y Rollock, M. J. (2009). Family-school connections and internalizing problems among children living

- with asthma in urban, low-income neighbourhoods. *Journal of Child Health Care*, 13 (3), 275-294.
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37 (3), 209-223.
- Oliva, A., Antolín, L., Pertegal, M. Á., Ríos, M., Parra, Á., Hernando, Á., y Reina Flores, M. (2011). Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. *Desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven: un estudio en centros docentes andaluces*. Recuperado de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2483/1/Oliva_DesarrolloPositivo_Instrumentos.pdf
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I., y López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23, 1-10.
- Oliva, A., Parra, A., y Arranz, E. (2008). Estilos relaciones parentales y ajuste adolescente. *Infancia y aprendizaje*, 31(1), 93-106.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Enfermedades respiratorias crónicas*. Recuperado de <http://www.who.int/respiratory/asthma/es/>.
- Ortiz Villalobos, A. (2010). Alteraciones psiquiátricas en la adolescencia (I). *Actualización-Medicine*, 10, 4212-4223
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F. y Sastre, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). *Papeles del Psicólogo*, 37 (1), 14-26.
- Padur, J. S., Rapoff, M. A., Houston, B. K., Barnard, M., Danovsky, M., Olson, N. Y., ... y Lieberman, B. (1995). Psychosocial adjustment and the role of functional status for children with asthma. *Journal of Asthma*, 32, 345–353.
- Parker, G., Wilhelm, K., Mitchell, P., Austin, M. P., Roussos, J., Gladstone, G. (1999). The influence of anxiety as a risk to early onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 52 (1-3), 11–17.

- Pinquart, M. (2013). Self-esteem of children and adolescents with chronic illness: A meta-analysis. *Child: Care, Health and Development*, 39 (2), 153-161.
- Pinquart, M., y Shen, Y. (2011). Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: An updated meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(4), 375-384.
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui I., Bilbao, A., y Ruiz, I. (2003). Evaluation of the Psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 10, 216-22.
- Rahola, R., Garde, T. M., Cozzetti, E., Blaustein, C. L., Cornellà, J., y Granell, C. J. C. S. (2001) La adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En Buil, C., Lete, I., Rahola, R., y De Pablo, J. L. *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia*. (27-83). Zaragoza, España: INO Reproducciones, S.A.
- Rietveld, S., Van Beest, I., y Prins, P. J. (2005). The Relationship Between Specific Anxiety Syndromes and Somatic Symptoms in Adolescents with Asthma and Other Chronic Diseases. *Journal of Asthma*, 42, 725-730.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ruchkin, V., Jones, S., Vermeiren, R., y Schwab-Stone, M. (2008). The Strengths and Difficulties Questionnaire: The Self-Report Version in American Urban and Suburban Youth. *Psychological Assessment*, 20, 175-182
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1.069-1.081.
- Schmutte, P. S., y Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549.
- Serra, J., Plaza, V., y Comella, A. (2011). Cambios en la clínica, la función pulmonar, la calidad de vida y los costes en una cohorte de pacientes asmáticos seguidos durante 10 años. *Arch Bronconeumol*, 47(10), 482-487.

- Shevlin, M.E., Bunting, B.P., y Lewis, C.A. (1995). Confirmatory factor analysis of Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychological Reports, 16*, 1017-1071.
- Spinhoven, P. H., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M., y Van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological medicine, 27*(02), 363-370.
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C., Vermulst, A. A., y Janssens, J. M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-yearolds: a review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13*(3), 254-274. doi: 10.1007/s10567-010-0071-2.
- Suárez, L., Huerta, J., y del Olmo, H. (2010). Aspectos psicológicos del asma. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas, 19*(1), 18-22.
- Sullivan, P., Ghushchyan, V. G., Navaratnam, P., Friedman, H. S., Kavati, A., Ortiz, B., y Lanier, B. (2017). School absence and productivity outcomes associated with childhood asthma in the USA. *Journal of Asthma, 1*-8.
- Suris, J. C., Michaud, P. A., y Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Archives of Disease in Childhood, 89*, 938-942.
- Sykes, A., y Johnston, S. L. (2008). Etiology of asthma exacerbations. *Journal of allergy and clinical immunology, 122*(4), 685-688.
- Trisan Alonso, A., López Viña, A., y Ussetti Gil, P., (2014). Actualización en asma. *Actualización-Medicine, 11*(6), 3861-3873.
- Valero-Moreno, Pérez-Marín, Montoya-Castilla, Castillo-Corullón, Ramírez-Aguilar y Escribano-Montaner (2016). Impacto de la enfermedad respiratoria crónica pediátrica: Estrés percibido en los cuidadores principales. *Calidad de vida y salud, 9*(2), 131-138.
- Vázquez, A. J., Vázquez-Morejón, R., y Bellido, G. (2003). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología, 31*(1), 37-43.

- Vidal G., A., y Matamala B., M. (2013). Asma infanto-juvenil y trastornos psiquiátricos. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 29, 14-23.
- Vostanis, P. (2006). Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 367-372. doi: 10.1097/01.yco.0000228755.72366.05.
- Wenger, L., y Andres-Pueyo, A. (2016). Tests personológicos y clínicos en español para evaluar adolescentes infractores. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 89-106.
- White, D., Leach, C., Sims, R., Atkinson, M., y Cottrell, D. (1999). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 175(5), 452-454.
- Williams, P. G., Holmbeck, G. N. y Greenley, R. N. (2002). Adolescent Health Psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 828-842 doi: 10.1037//0022-006X.70.3.828.
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

VII. ANEXO

ANEXO 1:

Efectos recíprocos de la enfermedad crónica y el desarrollo adolescente

Efectos de las enfermedades crónicas en el desarrollo adolescente	Efectos del desarrollo adolescente en las enfermedades crónicas
<p><u>A nivel biológico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retraso / impedimento de la pubertad Parámetros ▪ Estatura baja ▪ Reducción de la acumulación de masa ósea <p><u>A nivel psicológico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infantilización ▪ Adopción del papel de enfermo como identificador personal ▪ Persiste la egocentricidad en la adolescencia tardía ▪ Desarrollo deteriorado del sentido del yo sexual o atractivo. ▪ Desarrollo deteriorado de funciones cognitivas y procesamiento de información <p><u>A nivel social:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducción de la independencia en un momento en que la independencia se desarrolla normalmente ▪ Fracaso de las relaciones entre compañeros y relaciones íntimas (pareja) ▪ Aislamiento social ▪ Fracaso educativo y luego fracaso vocacional ▪ Fracaso del desarrollo de la capacidad de vida independiente 	<p><u>A nivel biológico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El aumento del requerimiento calórico para el crecimiento puede tener un impacto negativo en la enfermedad ▪ Las hormonas puberales pueden afectar a los parámetros de la enfermedad <p><u>Mala adherencia y mal control de la enfermedad debido a:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensamiento y planificación abstractos poco desarrollados (reducción de la capacidad de planificar y preparar usando conceptos abstractos) ▪ Conductas exploratorias (riesgos) ▪ Dificultad para imaginar el futuro ▪ Rechazo de profesionales médicos como parte de la separación de los padres <p><u>Comportamientos de riesgo para la salud:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los hábitos alimenticios caóticos pueden dar lugar a una mala nutrición ▪ El consumo de tabaco, alcohol y drogas a menudo excede las tasas normales de población ▪ La toma de riesgo sexual, posiblemente en vista de la realización de una vida limitada

Recuperado de Suris, Michaud, y Viner (2004).

ANEXO 2:

Clasificación de la gravedad del asma en niños

	Episódica ocasional	Episódica ocasional	Persistente moderada	Persistente grave
Episodios	De pocas horas o días de duración < de uno cada 10-12 semanas. Máximo 4-5 crisis/año	< de uno cada 5-6 semanas. Máximo 6-8 crisis/año	> De uno cada 4-5 semanas	Frecuentes
Síntomas intercrisis	Asintomático	Asintomático	Leves	Frecuentes
Sibilancias	No, con buena tolerancia al ejercicio	Con esfuerzos intensos	Con esfuerzos moderados	Con esfuerzos mínimos
Síntomas nocturnos	–	–	≤ 2 noches por semana	> 2 noches por semana
Medicación de alivio	–	–	≤ 3 días por semana	> 3 días por semana
Función pulmonar: FEV₁	> 80%	< 80%	> 70% – < 80%	< 70%
Variabilidad PEF	< 20%	< 20%	> 20% – < 30%	> 30%

Recuperado y adaptado de Plaza et al. (2009). FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo.

ANEXO 3:**Clasificación del control del asma**

	Controlada	Parcialmente controlada	No controlada
Síntomas diurnos	Ninguno o ≤ 2 días a la semana	Más de 2 por semana	≤ 3 características de control parcial presentes alguna semana
Limitación de actividades	No	Alguna	
Síntomas nocturnos/despertares	No	Alguna	
Necesidad de tratamiento rescate	Ninguno o ≤ 2 días a la semana	< 2 por semana	
Función pulmonar (FEV ₁ o FEM)	Normal	$< 80\%$ del predicho o del mejor valor personal	
Exacerbaciones	No	≤ 1 /año	≤ 1 en cualquier semana

Recuperado y adaptado de Plaza et al. (2009). FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo.

ANEXO 4:



Hospital Clínic Universitari

MODELO DE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Título del estudio: **"Factores psicosociales y de adaptación del paciente pediátrico con patología respiratoria crónica y su familia"**

Yo,.....

He recibido suficiente información sobre el estudio.
He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He hablado con:.....

Comprendo que mi participación y la de mi hijo/a es voluntaria.
Comprendo que ambos podemos retirarnos del estudio:
1º Cuando queramos
2º Sin tener que dar explicaciones.
3º Sin que esto repercuta en los cuidados médicos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y a la normativa Europea Vigente, le informamos que los datos de carácter personal que voluntariamente nos facilitan a través de las entrevistas y cuestionarios, serán incorporados a una base de datos confidencial. La finalidad de esta base de datos es el archivo, gestión y análisis de los mismos.

Presto libremente mi conformidad para participar, tanto yo como mi hijo/a, en el estudio.

Firma del cuidador/a principal

Nombre:

Firma del Investigador

IP1 del Clínic: Fdo.:
Amparo Escribano

IP2 de la UV: María Antonia
Pérez Marín

IP3 de la UV:
Inmaculada Montoya
Castilla

Fecha:

ANEXO 5:**Variables socio-demográficas**

FECHA:

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: ____ Mujer ____ Hombre

Estudios que está realizando (curso): _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Tiempo desde el diagnóstico: _____

Tiempo en tratamiento: _____

Número de ingresos hospitalarios: _____

ANEXO 6:**Variables médicas**

FECHA:

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Tiempo desde el diagnóstico: _____

Tiempo en tratamiento: _____

Número de ingresos hospitalarios: _____

ANEXO 7:

**Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes
(BIEPS-J, Casullo y Castro, 2000)**

Lee con atención las frases siguientes. Marca tu respuesta en cada una de ellas sobre lo que pensaste o sentiste durante el último mes. No hay respuestas buenas o malas.

	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
1. Creo que me hago cargo de lo que digo o hago			
2. Tengo amigos/as en quienes confiar			
3. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida			
4. En general, estoy conforme con el cuerpo que tengo			
5. Si algo me sale mal, puedo aceptarlo, admitirlo			
6. Me importa pensar qué haré en el futuro			
7. Generalmente le caigo bien a la gente			
8. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito			
9. Estoy bastante conforme con mi forma de ser			
10. Si estoy molesto/a por algo, soy capaz de pensar en cómo cambiarlo			
11. Creo que en general me llevo bien con la gente			
12. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida			
13. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar			

Descripción del BIEPS-J:

Se trata de una medida de autoinforme desarrollada por Casullo y Castro (2000) para determinar el nivel de bienestar psicológico en adolescentes.

La fundamentación teórica de la escala está basada en la propuesta de Ryff, desde la cual, el bienestar incluye la autoaceptación de uno mismo, el significado vital, el sentido de crecimiento personal y el establecimiento de buenos vínculos personales (Casullo y Castro, 2000).

La escala está formada por 13 ítems en formato de respuesta tipo Likert (de “1=en desacuerdo” a “3=de acuerdo”). Los ítems se agrupan formando cuatro escalas:

control de situaciones”, “vínculos psicosociales”, “proyectos” y “aceptación de sí mismo” (Marsollier y Aparicio., 2011). La suma de las mismas da lugar a la escala de “bienestar global”, los valores de la cual oscilan entre 13 y 39 puntos.

Se ha confirmado la validez de la escala en diversos países (González-Fuentes y Andrede Palos, 2016) y en España, mediante el trabajo de Cruz, Maganto, Montoya y González (2002). La fiabilidad de la escala global es adecuada ($\alpha=0.74$) sin embargo las subescalas presentan valores más bajos (valores de alfa de 0.50 a 0.56) (Casullo y Castro, 2000).

En nuestro estudio, se calculó la fiabilidad de la escala para nuestra muestra. Como se puede observar en la tabla 3.1, los resultados oscilan entre 0,40 y 0,80.

Tabla 3.1.

Resultados análisis de consistencia interna del BIEPS-J.

	Población total	Población no asmática	Población asmática
Control	0,587	0,570	0,659
Vínculos	0,521	0,407	0,756
BIEPS-J			
Proyectos	0,609	0,553	0,712
Aceptación	0,468	0,420	0,624
Total	0,674	0,606	0,812

ANEXO 8:

Escala de Autoestima de Rosenberg
(RSE, Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer y Moreno, 2000)

A continuación, encontrarás unas frases sobre cómo te sientes contigo mismo. Por favor, señala con una cruz la opción que sea más adecuada para ti.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras				
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso				
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás				
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso				
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo				
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo				
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo				
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones				
10	A veces pienso que no sirvo para nada				

Descripción del RSE:

El RSE es uno de los instrumentos más utilizados para medir la autoestima (Vázquez et al., 2003), pudiéndose aplicar a partir de los 12 años de edad (Oliva et al., 2011).

El cuestionario está formado por 10 ítems (la mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente) cuyos contenidos se centran en los sentimientos generales de respecto y aceptación hacia sí mismo. Los ítems son respondidos en formato Likert de cuatro puntos (1= Muy de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= En desacuerdo, 4= Muy en desacuerdo) en función del grado de acuerdo con la afirmación que se le plantea. La puntuación total oscila en un rango de 10 a 40 puntos,

distinguiéndose entre baja autoestima (puntuaciones inferiores o iguales a 25), media (de 26 a 29) y alta (iguales o superiores a 30).

Existe cierta controversia en cuando a la dimensionalidad de la escala: algunos autores apoyan la existencia de un único factor mientras que otras investigaciones abogan por una estructura bifactorial, diferenciando entre la autoestima positiva y autoestima negativa (auto-mejoramiento y auto-derogación). Sin embargo, la mayor parte de los estudios se inclinan a favor de la unidimensionalidad de la escala (Góngora et al., 2010) determinando que los 10 ítems de la RSE se agrupan en forma de estructura unifactorial (Shevlin, Bunting y Lewis, 1995 y Atienza et al., 2000, citados en Molina-García, Castillo, y Pablos, 2007).

En cuanto a las propiedades psicométricas, la fiabilidad en el estudio original fue de 0.92 (Rosenberg, 1965). En nuestra muestra, los valores fueron menores, obteniéndose un alfa de Cronbach igual a 0,80 en la población total, igual a 0,80 en la población no asmática e igual a 0,81 en la población asmática.

ANEXO 9:

**Cuestionario de Cualidades y Dificultades
(SQD, Goodman, 1997)**

Contesta según como ha sido para ti durante os últimos seis meses, si estas frases no son verdad, son verdades a medias o sí son verdades.

	No es verdad	Es verdad a medias	Verdaderamente sí
1. Procuo ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas			
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo.			
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estomago o náuseas.			
4. Normalmente comparto con otros mis juegos/juguetes, chucherías, lápices, etc.			
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control.			
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad.			
7. Por lo general soy obediente.			
8. A menudo estoy preocupado/a.			
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido.			
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado.			
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos.			
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás.			
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar.			
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad.			
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme.			
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a.			
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as.			
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas.			
19. Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí.			
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños).			
21. Pienso las cosas antes de hacerlas.			
22. Cojo cosas que no son más de casa, la escuela o de otros sitios.			

23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad.			
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente.			
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración.			

Descripción del SQD:

El SQD fue diseñado por Goodman en el año 1997. Se trata de una medida de autoinforme utilizada para la valoración de problemas emocionales y comportamentales relacionados con la salud mental en niños y adolescentes (Fonseca-Pedredo, Paino, Lemos-Giráldez, y Muñiz, 2012).

Según Barriuso-Lapresa, Hernando-Arizaleta y Rajmil (2014), el SQD se ha convertido en una herramienta ampliamente utilizada debido a que permite valorar la presencia de dificultades de forma breve a una edad precoz (de 4 a 16 años).

El cuestionario está formado por 25 ítems con un formato Likert de 3 opciones de respuesta (de “0=no es verdad” a “2=verdaderamente sí”), que se encuentran agrupados en 5 dimensiones: “Síntomas Emocionales”, “Problemas de Conducta”, “Hiperactividad”, “Problemas de Relación” y “Conducta Prosocial”. En las cuatro primeras subescalas, una mayor puntuación es indicativa de mayor sintomatología afectiva y/o comportamental. En “Conducta Prosocial”, por el contrario, una menor puntuación implica un déficit en dicha variable. La puntuación total de psicopatología (0-40) se obtiene a través de la suma de todas las dimensiones a excepción de la de “Conducta Prosocial” (más puntuación, mayores dificultades).

El SQD cuenta con una aceptable fiabilidad, así como validez interna, convergente y predictiva (Goodman, 1999, 2001; Glazebrook et al., 2003; Bourdon et al., 2005; Vostanis, 2006; Ruchkin et al., 2008; Stone et al., 2010; Fonseca-Pedredo et al., 2012). Además, resulta interesante destacar que un reciente artículo ha confirmado que el cuestionario tiene validez predictiva para detectar posibles trastornos por déficit de atención o hiperactividad (TDAH) (Ortuño-Sierra et al., 2016).

En relación a nuestro estudio, se calcularon los valores de alfa de Cronbach en cada una de las muestras a estudio, obteniéndose valores que oscilan entre 0,42 y 0,75 (Tabla 3.2).

Tabla 3.2.

Resultados análisis de consistencia interna del SQD

	Población total	Población no asmática	Población asmática
Síntomas emocionales	0,509	0,484	0,613
Problemas conducta	0,559	0,562	0,553
Hiperactividad	0,588	0,590	0,582
Problemas relación	0,580	0,564	0,613
Conducta prosocial	0,441	0,420	0,455
Total psicopatología	0,729	0,721	0,751

ANEXO 10:

**La escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión
(HADS, Zigmond y Snaith, 1983)**

Marca la respuesta que más se ajusta a cómo te sentiste durante la semana pasada:

1. Me siento tenso/a, nervioso/a:			
3. Casi todo el día	2. Gran parte del día	1. De vez en cuando	0. Nunca
2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:			
0. Ciertamente igual que antes	1. No tanto como antes	2. Solamente un poco	3. Ya no disfruto con nada
3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:			
3. Si y muy intenso	2. Sí, pero no muy intenso	1. Sí, pero no me preocupa	0. No siento nada de eso
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:			
0. Igual que siempre	1. Actualmente algo menos	2. Actualmente mucho menos	3. Actualmente en absoluto
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:			
3. Casi todo el día	2. Gran parte del día	1. De vez en cuando	0. Nunca
6. Me siento alegre:			
3. Nunca	2. Muy pocas veces	1. En algunas ocasiones	0. Gran parte el día
7. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajadamente:			
0. Siempre	1. A menudo	2. Raras veces	3. Nunca
8. Me siento lento/a y torpe:			
3. Gran parte el día	2. A menudo	1. A veces	0. Nunca
9. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:			
0. Nunca	1. Solo en algunas ocasiones	2. A menudo	3. Muy a menudo
10. He perdido el interés por mi aspecto personal:			
3. Completamente	2. No me cuido como debiera hacerlo	1. Es posible que no me cuide como debiera	0. Me cuido como siempre lo he hecho
11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:			
3. Realmente mucho	2. Bastante	1. No mucho	0. En absoluto
12. Espero las cosas con ilusión:			
0. Como siempre	1. Algo menos que antes	2. Mucho menos que antes	3. En absoluto
13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:			
3. Muy a menudo	2. Con cierta frecuencia	1. Raramente	0. Nunca
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:			
0. A menudo	1. Algunas veces	2. Pocas veces	3. Casi nunca

Descripción del HADS:

Fue diseñada en el año 1983 por Zigmond y Snaith con el objetivo de desarrollar un instrumento de screening para la detección de pacientes con problemas de tipo emocionales.

Respecto a la edad de aplicación, se ha utilizado en población adolescente, universitaria, adulta y anciana (Mumford et al., 1991; Ibáñez y Caro; 1992; Abiodun, 1994; Spinhoven et al., 1997; Quintana et al., 2003). En la adolescencia, ha mostrado ser un buen predictor de los diagnósticos de ansiedad y depresión (White, Leach, Sims, Atkinson y Cottrell, 1999).

Está formada por 14 ítems que aportan una puntuación de “Malestar Emocional Global”. Incluye dos subescalas: “Ansiedad” y “Depresión” (De las Cuevas y García-Estrada, 1995). El formato de respuesta es de tipo Likert, con diversas opciones de respuesta según el ítem. El paciente debe contestar a las preguntas pensando en su experiencia durante la última semana. En las dos subescalas, el rango de puntuación es de 0 a 21 (puntuaciones entre 8 y 10 indicativas de casos probables de ansiedad y/o depresión y valores superiores a 10 de un problema clínico). Por otro lado, la mayor puntuación posible obtenida en la escala de “Malestar Emocional Global” es de 42, y obtener valores superiores a 20 indicarían un diagnóstico clínico de malestar emocional.

En cuanto a las propiedades psicométricas, en términos de consistencia interna y fiabilidad test-retest los resultados son adecuados (Galindo et al., 2015). En concreto en adolescentes, se han obtenido adecuadas propiedades psicométricas para la escala general y la de ansiedad (Jörngården, Wettergen y Von Essen, 2006; Chan, Leung, Fong, Shing, 2010).

En nuestro estudio, se realizaron análisis de consistencia interna (Tabla 3.3). Se destaca que, aunque las puntuaciones en la escala de ansiedad y en la de malestar emocional rondan el 0,70, la escala de presión presenta valores de alfa de Cronbach más bajos (entre 0,51 y 0,57). Este resultado concuerda con los obtenidos en otros estudios, donde la fiabilidad en dicha escala también era menor (Jörngården, Wettergen y Von Essen, 2006; Chan et al., 2010).

Tabla 3.3.

Resultados análisis de consistencia interna del HADS

		Población	Población	Población
		total	no asmática	asmática
HADS	Ansiedad	0,733	0,734	0,727
	Depresión	0,535	0,510	0,573
	Malestar	0,729	0,717	0,760

ideas acertadas sobre algunas cosas						
31. Casi siempre son unas personas alegres y optimistas						
32. Suelen estar de buen humor						
33. Suelen bromear conmigo						
34. Suelen estar tranquilos y relajados						
35. Se ríen mucho conmigo						
36. Es divertido hacer cosas con ellos						
37. Les cuento cómo me va en las diferentes asignaturas de la escuela incluso cuando no me preguntan						
38. Cuando llego de la escuela les cuento cómo me ha ido el día (exámenes, profesores, compañeros, etc.)						
39. Les cuento lo que hago en mi tiempo libre						
40. Les cuento lo que hago cuando salgo por ahí						
41. Les hablo sobre los problemas que tengo con mis amigos y amigas						

Descripción de la escala:

Fue creada por de Oliva et al. (2007), permite evaluar la percepción que tienen los adolescentes del estilo educativo de sus padres. Los datos sobre la escala se pueden encontrar en el anexo 11.

Aunque en el instrumento original se evalúan tanto el estilo maternal como el paternal, en nuestro caso se obtiene una única puntuación del estilo parental de ambos progenitores.

Se trata de un instrumento formado por 41 ítems con un formato tipo Likert con seis opciones de respuesta (desde “1=totalmente en desacuerdo” hasta “6=totalmente de acuerdo”). La edad de aplicación es a partir de los 12 años (Oliva et al., 2011).

Los ítems que lo forman pueden agruparse en seis dimensiones (Oliva et al., 2007; Oliva et al., 2008). La subescala “Afecto y Comunicación” valora la expresión de apoyo, afecto y fluidez en la comunicación por parte de los padres. “Promoción de autonomía” intenta estimar en qué medida los padres animan a su hijo para que presente sus propias ideas y decisiones. “Control conductual” evalúa el establecimiento de límites y el grado en el que los padres intentan mantenerse informados de las actividades de su hijo. “Control psicológico” referida al uso de estrategias de manipulación psicológica (chantaje emocional o inducción de culpa). “Revelación” valora la frecuencia con que los hijos cuentan, por iniciativa propia, sus asuntos a sus padres. Por último, la escala de “Humor” indaga sobre en qué medida los adolescentes consideran que sus padres se muestran optimistas y con buen sentido del humor.

En cuanto a las propiedades psicométricas, en el estudio original los índices de consistencia oscilaron entre 0,76 y 0,90, mostrando su adecuación (Oliva et al., 2007). En nuestro caso, y como en los cuestionarios anteriores, se calculó el alfa de Cronbach en cada una de las muestras a estudios. Los resultados obtenidos oscilan entre 0,67 y 0,90 (Tabla 3.4).

Tabla 3.4.

Resultados análisis de consistencia interna del EP

	Población total	Población no asmática	Población asmática
EP			
Afecto-Comunicación	0,852	0,847	0,895
Autonomía	0,871	0,874	0,849
Control Conductual	0,807	0,806	0,796
Control Psicológico	0,693	0,670	0,813
Revelación	0,846	0,853	0,790
Humor	0,877	0,875	0,879

ANEXO 15:**Índice de tablas y figuras****Tablas**

3.1	Resultados análisis de consistencia interna del BIEPS-J
3.2	Resultados análisis de consistencia interna del SQD
3.3	Resultados análisis de consistencia interna del HADS
3.4	Resultados análisis de consistencia interna del EP
4.1	Descriptivos de las escalas de BIEPS-J población total
4.2	Descriptivos BIEPS-J en función de presencia o ausencia de enfermedad
4.3	Estadísticos descriptivos RSE
4.4	Estadísticos descriptivos SQD población total
4.5	Descriptivos SQD en función de presencia o ausencia de enfermedad
4.6	Estadísticos descriptivos del HADS población total
4.7	Descriptivos HADS en función de presencia o ausencia de enfermedad
4.8	Estadísticos descriptivos de las escalas EP población total
4.9	Estadísticos descriptivos EP en función de presencia o ausencia de enfermedad
4.10	Diferencia de medias en función del sexo de población total
4.11	Diferencia de medias en función del sexo en la población no asmática
4.12	Diferencia de medias en función del sexo en la población asmática.
4.13	Diferencia de medias en función del curso escolar
4.14	Diferencia de medias en función de la presencia o ausencia de enfermedad crónica
4.15	Resultados correlaciones población total
4.16	Resultados correlaciones población no asmática
4.17	Resultado correlaciones población asmática
4.18	Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza de la ansiedad en la población general

-
- 4.19 Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza de la ansiedad en la población general
 - 4.20 Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza de la ansiedad en población no asmática
 - 4.21 Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza de la ansiedad en población no asmática
 - 4.22 Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza de la ansiedad en población asmática
 - 4.23 Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza de la ansiedad en población asmática
 - 4.24 Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza de la depresión en la población total
 - 4.25 Valores de las variables predictoras de la varianza de la depresión en la población total
 - 4.26 Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza de la depresión en la población no asmática
 - 4.27 Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza de la depresión en la población no asmática
 - 4.28 Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza de la depresión en la población asmática
 - 4.29 Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza de la depresión en la población asmática
 - 4.30 Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza del malestar emocional en la población general
 - 4.31 Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza del malestar emocional en la población general
 - 4.32 Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza del malestar emocional en la población no asmática
 - 4.33 Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza del malestar emocional en la población no asmática
 - 4.34 Valores del modelo de regresión lineal para explicar la varianza del malestar
-

emocional en la población asmática

4.35 Valores de las variables predictoras de la varianza la varianza del malestar emocional en la población asmática

Figuras

- 4.1** Niveles de autoestima en función de la presencia o no de enfermedad crónica respiratoria.
 - 4.2** Resultados en sintomatología ansiosa y depresiva en las muestras a estudio
 - 4.3** Estilo parental percibido en función de la presencia o no de enfermedad crónica respiratoria.
 - 4.4** Correlaciones relevantes entre las variables psicológicas
 - 4.5** Correlaciones entre las variables psicológicas y el estilo parental.
-