

Ansiedad y Depresión en el niño Diabético y su relación con los Estilos Familiares

Raquel Muñoz Castellanos¹, Inmaculada Montoya-Castilla^{2*}, Marian Pérez Marín² & Vicente J. Prado-Gascó³

Universidad Católica de Valencia¹

Universidad de Valencia²

Universidad Europea de Valencia³

*Contacto: inmaculada.motoya@uv.es

Resumen: Ante una enfermedad crónica en un niño todo el sistema familiar se ve alterado. El paciente sigue siendo un niño, no entiende el porqué de esa enfermedad, tiene que aprender a vivir con algo que le impide hacer la misma vida que el resto de niños. Los padres pasan de tener una vida tranquila a tener que estar muy pendientes del niño. El objetivo de esta investigación ha sido doble analizar los niveles de ansiedad y la depresión del niño diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) y estudiar la relación entre dichas psicopatologías y los estilos familiares. Los participantes en el estudio han sido 27 pacientes con edades entre los 6 y los 17 diagnosticados de DM1. Para la medición de las variables objeto de estudio se utilizaron dos instrumentos: Escala de identificación de prácticas educativas familiares, PEF (Alonso-García y Roman-Sánchez, 2003) y el Cuestionario de respuesta adaptativa a la enfermedad en pacientes diabéticos, CECAD (Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión). (Lozano- González, García-Cueto y Lozano-Fernández, 2007). En general los resultados sugieren que los participantes presentan niveles bajos de depresión y ansiedad. El estilo educativo más frecuente es el equilibrado, y, no parece haber relación entre la psicopatología y el estilo educativo.

Palabras clave: Psicopatología, Diabetes Mellitus, niño, estilos educativos familiares y enfermedad crónica.

Title: Anxiety and depression in the diabetic child and family styles

Abstract: Faced with a chronic illness in a child the entire family system is altered. The patient is still a child, does not understand the reason for this disease, must learn to live with something that prevents you from doing the same life as other children. Parents spend to have a quiet life to have to be very aware of the child. The objective of this research was twofold analyze the levels of anxiety and depression in children diagnosed with type 1 diabetes mellitus (DM1) and study the relationship between these psychopathologies and family styles. Participants in the study were 27 patients aged 6 to 17 diagnosed with DM1. Scale identification of family educational practices, PEF (Alonso-Garcia and Roman-Sanchez, 2003) and Questionnaire adaptive response to disease in diabetic patients, CECAD (Questionnaire: For the measurement of the variables under study two instruments were used Educational-Clinical Anxiety and Depression). (Lozano González García-Fernández Cueto and Lozano, 2007). Overall, the results suggest that participants with low levels of depression and anxiety. The most common style of education is balanced, and there seems no relation between psychopathology and educational style.

Palabras clave: Psychopathology, Diabetes Mellitus, child, family educational styles and chronic disease.

La diabetes mellitus tipo I (DM1) constituye uno de los principales problemas de salud de la población pediátrica mundial, siendo la enfermedad endocrinológica crónica más frecuente en la infancia. (Gómez, Pérez & Montoya, 2015).

Es también conocida como diabetes insulino dependiente, diabetes juvenil o diabetes de la infancia, es el resultado de la destrucción autoinmune de los islotes de Langerhans del páncreas que producen insulina, produciendo una completa y permanente deficiencia de esta hormona.

La insulina se necesita para el metabolismo de la glucosa, es esencial para el crecimiento, la actividad, la cicatrización de heridas, los depósitos de grasa y el funcionamiento del cerebro. Por todo esto, las personas con diabetes tipo I no pueden sobrevivir sin una terapia de reemplazo de insulina. Se tratan bien con inyecciones diarias de insulina o con una bomba de insulina, que infunde insulina a través de un catéter a un ritmo constante, con dosis que se administran justo antes de las comidas. Este tratamiento debe ser permanente con el fin de mantener sus niveles de glucemia estables. La diabetes tipo I se diagnostica normalmente durante la infancia o adolescencia (Bilbao, Beniel, Pérez, Montoya & Prado, 2014).

Una de las complicaciones más frecuentes es la hipoglucemia. Es una complicación a corto plazo que se produce cuando los niveles de glucosa en sangre están por debajo de los niveles normales (Bilbao et al., 2014). Otro tipo de complicación aguda es la cetoacidosis. Y de largo plazo retinopatías, neuropatías y nefropatía además de complicaciones cardiovasculares (Zuñiga, Inzunza, Ovale & Ventura, 2009).

La diabetes mellitus tipo I (DM1), por su frecuencia y su cronicidad, tiene una gran importancia sociosanitaria a nivel mundial. En España se han realizado múltiples estudios epidemiológicos de DM1 en menores de 15 años. La incidencia media de DM1 en menores de 15 años en España es de 17,69 casos/100.000 habitantes-año (Conde, Rodríguez, Bueno, López, González, Rodrigo & Compés, 2014).

Las enfermedades crónicas implican factores relacionados frecuentemente con el surgimiento de problemas emocionales en los pacientes, podemos destacar: vivir con una enfermedad crónica debilitante y dolorosa, temor a la muerte, necesidad de periodos de hospitalización, cuidados diarios rutinarios, pérdida de autonomía, cambios en las relaciones familiares y sociales (Gómez et al., 2015).

La condición de diabético supone además la exposición a otras fuentes adicionales de estrés, destacando: demandas diarias del tratamiento, complejas conductas de autocuidado, constante monitorización de los niveles de glucosa en

sangre, inyecciones de insulina, presiones sociales para no cumplir el régimen establecido u ocasional falta de especificación de la dieta alimentaria a seguir (Gómez et al., 2015). En el caso de los menores, gran parte de estos requerimientos o presiones recaen en los padres o tutores.

Padecer una enfermedad crónica como es la diabetes tiene una serie de repercusiones físicas y también algunas repercusiones psicológicas (Bilbao et al., 2014). En este sentido, hay una serie de trastornos que pueden verse en la DM1 como son: trastornos de conducta, de autoimagen, la autoestima y trastornos de la conducta alimentaria. Otro tipo de trastornos muy frecuentes en la DM1 son la depresión y ansiedad. La sintomatología depresiva (ánimo deprimido, disminución del interés, pérdida de energía o dificultad para concentrarse) afecta negativamente a las tareas de autocuidado, influyendo en la reducción de controles glucémicos o del ejercicio físico, agravando la enfermedad al aumentar posibles complicaciones futuras (Gómez et al., 2015).

La detección y tratamiento tempranos de los trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad es muy importante ya que se relaciona con un peor control metabólico (Chamorro, Martínez & Tomás, 2002).

Tal y como se ha expuesto, en cualquier enfermedad crónica, y más especialmente en las pediátricas, existen factores sociales que pueden incidir sobre el pronóstico del paciente. En este sentido la familia es uno de los agentes que en

bastantes ocasiones puede influir en el aumento, mantenimiento o disminución de los síntomas psicopatológicos (Rosa, Parada & Rosa, 2014). Los padres, en relación con los hijos, son los modelos de referencia más importantes de su vida y la falta de apoyo y de responsabilidad parental son actos que ocasionan graves consecuencias para un desarrollo equilibrado (López, Calvo & Menéndez, 2009).

Ser padre o madre es una tarea complicada en la que no sirve la improvisación y se exigen destrezas específicas ante las nuevas necesidades que surgen en la sociedad, son los modelos de referencia más importantes en la vida del niño y la falta de apoyo y de responsabilidad parental son actos que ocasionan graves consecuencias para un desarrollo equilibrado. Diversas investigaciones enfatizan la importancia de los estilos educativos de los padres para la salud y el bienestar de sus hijos y de todo el núcleo familiar. Los estilos educativos representan la forma de actuar de los adultos respecto a los niños ante situaciones cotidianas, la toma de decisiones o la resolución de conflictos (López et al., 2009). Existen diversas clasificaciones en lo que respecta a los estilos parentales en el presente estudio nos centraremos en tres tipos diferenciales (López et al., 2009; Nerín, Nieto, De Dios, 2014; Tur, Ghiglione, Richaud, Mestre, Lemos, Samper, 2013):

- 1- Estilo **autoritario**, son padres demandantes e insensibles frente al niño, tiende a usar un castigo severo, a veces físico, retos y

prohibiciones. Este estilo tiene repercusiones negativas sobre la socialización de los hijos, como la falta de autonomía personal y creatividad, menor competencia social o baja autoestima y genera niños descontentos, reservados, poco tenaces a la hora de perseguir metas, poco comunicativos y afectuosos y tienden a tener una pobre interiorización de valores morales.

- 2- Estilo **no restrictivo**, permisivo, proporcionan gran autonomía al hijo siempre que no se ponga en peligro su supervivencia física. Su objetivo fundamental es liberarlo del control y evitar el recurso a la autoridad, el uso de las restricciones y castigos. Uno de los problemas que presenta el estilo permisivo consiste en que los padres no siempre son capaces de marcar límites a la permisividad, pudiendo llegar a producir efectos socializadores negativos en los niños respecto a conductas agresivas y el logro de independencia personal. Este tipo de padres forman niños alegres y vitales, pero dependientes, con altos niveles de conducta antisocial y con bajos niveles de madurez y éxito personal.
- 3- Estilo **autoritativo**, democrático, son padres sensibles a las necesidades de los niños, no utilizan disciplina punitiva y razonan con el niño con afecto y amor. Este estilo produce efectos positivos en la socialización: desarrollo de competencias sociales, índices

más altos de autoestima y bienestar psicológico, un nivel inferior de conflictos entre padres e hijos, entre otras. Estos niños suelen ser interactivos y hábiles en sus relaciones con sus iguales, independientes y cariñosos (López et al., 2009; Nerín et al., 2014; Tur et al., 2013).

Estos 3 tipos de estilos, pueden variar ya que no son modelos puros, sino que se solapan. Suelen ser mixtos y varían con el desarrollo del niño, no siendo estables a lo largo del tiempo. Por ello, es preciso analizar los estilos educativos en el contexto de los cambios sociales, valores predominantes, realidad de cada familia o en el contexto del momento evolutivo en que se encuentre el niño o la niña (López et al., 2009).

Dada la influencia que la familia, y más concretamente los padres, pueden tener en el aumento, mantenimiento o disminución de los síntomas psicopatológicos (Rosa et al., 2014), y que en muchas ocasiones dicha influencia vendrá mediada por los estilos educativos imperantes. De ahí la importancia de poder detectar si los estilos educativos tienen algún tipo de relación con la psicopatología. Se ha observado que el estilo educativo óptimo es el democrático (autoritativo) ya que combinaría de manera adecuada los niveles de afecto/apoyo emocional y de control/disciplina y por lo tanto se formarían niños seguros, independientes y adaptados socialmente. Si se ejerciera una mayor sobreprotección en el niño podría influir en el

desarrollo de alteraciones emocionales (Nerín et al., 2014).

Tal y como se ha expuesto previamente, la detección y tratamiento tempranos de los trastornos psiquiátricos, es básico para promover la salud y la calidad de vida de los pacientes con DM1 (Chamorro et al., 2002), y los estilos educativos de los padres también pueden incidir tanto sobre la gestión de la enfermedad como sobre la propia calidad de vida de los pacientes.

Por todo ello, el objetivo de este trabajo de investigación es, en primer lugar, observar la psicopatología más frecuente en el niño diabético y en segundo lugar relacionar los estilos familiares con la psicopatología del niño diabético.

A partir de dichos objetivos en la presente investigación se hipotetiza que los niños enfermos de DM1 presentarán niveles elevados de depresión y la ansiedad, y que existe una relación positiva entre dichos niveles de ansiedad y depresión y estilo familiar autoritario y negativo con el autoritativo.

Marco Teórico

La función principal de la enfermería es prestar cuidados de salud a la persona, familia y comunidad. Desde la enfermería buscamos mejorar la calidad de vida de los pacientes, buena parte del trabajo consiste no solo en tratar los síntomas. También debemos encargarnos de la formación y prevención. No debemos olvidar que las funciones de la enfermería son: Docente, Asistencial, Investigadora y Gestora o

administrativa. Con nuestros conocimientos podemos contribuir a reducir la ansiedad del paciente frente a una enfermedad crónica y mejorar su calidad de vida.

Por su condición de enfermedad crónica, la DM1 precisa de un proceso de educación y unos cuidados continuos que eviten o reduzcan el riesgo de padecer complicaciones a largo plazo, suponiendo considerables transformaciones en el estilo de vida de los niños/adolescentes con DM1. Estos pacientes y sus familias deben adecuarse a los requisitos del tratamiento, tratando de mantener un equilibrio que les permita a su vez satisfacer las exigencias propias de la etapa evolutiva en que se hallan. Todo ello puede dar lugar a situaciones de tensión que contribuyen a disminuir la calidad de vida percibida y el bienestar psicológico, tanto en ellos como en sus familias (Gómez et al., 2015).

Recibir el diagnóstico de DM1 en la infancia o en la adolescencia pone en riesgo el normal desarrollo psicológico del paciente y del ciclo evolutivo familiar, cuyas consecuencias podrán hacerse evidentes tanto a nivel de su personalidad, como en la funcionalidad de la familia (Zuñiga et al., 2009).

La American Academy of Pediatrics ha señalado que un tratamiento puramente médico de la enfermedad resulta insuficiente, siendo necesaria, además, la mejora del bienestar del niño o de su calidad de vida relacionada con la salud, la potenciación de sus capacidades adaptativas y de su desarrollo y transición hacia una adultez sana y productiva. Debido al impacto

biopsicosocial que la DM1 suele suponer en la vida del niño y su familia, pudiendo comprometer la calidad de vida y bienestar emocional de ambos, se ha señalado la importancia de identificar el conjunto de factores psicológicos asociados con un buen ajuste a la DM1 infantojuvenil (Gómez et al., 2015).

Entendemos adaptación como “el grado en que una persona responde fisiológica y psicosocialmente al estrés que supone el hecho de convivir con una enfermedad crónica” (Gómez et al., 2015).

En el caso de los pacientes pediátricos es importante el factor de dependencia con respecto a sus padres. Para manejar adecuadamente la enfermedad, los niños y adolescentes necesitan una atención continuada de sus padres y una supervisión, hasta que son capaces de reconocer ellos los síntomas y saben cómo actuar en cada situación. Esto supone en muchos casos la reorganización de la vida familiar (Bilbao et al., 2014).

Diversos estudios sugieren que la DM1 puede promover la aparición de problemas psicológicos en la infancia, como por ejemplo depresión y ansiedad (Gómez et al., 2015). Otros estudios consideran que los trastornos psiquiátricos más observados en los pacientes pediátricos con DM1, son trastornos adaptativos y afectivos y en menor medida, trastornos ansiosos, alimentarios, de pánico, de personalidad (límitrofe, antisocial), somatomorfos y trastornos psicóticos (Zuñiga et al., 2009). Así mismo el autoconcepto puede

verse alterado ante la presencia de una enfermedad grave. El autoconcepto es una parte importante de la autoestima y se entiende como la suma de creencias de un individuo sobre cualidades personales, lo que la persona sabe de sí misma y lo que cree que sabe. En otras palabras, el autoconcepto es la interpretación de nuestras emociones, nuestra conducta y la comparación de la misma con la del otro (Bilbao et al., 2014).

Como hemos visto en las investigaciones consideradas, algunas se inclinan por la presencia de trastornos depresivos y ansiosos en niños y adolescentes diabéticos. Por el contrario otros ponen en evidencia la presencia de otras patologías y problemas de salud mental (Baeriswyl, 2007).

En lo referente a los primeros, algunos estudios sugieren que el 36% de los pacientes pediátricos con DM1 presenta alguna dificultad psicológica durante el primer año, especialmente depresión y cuadros de ansiedad, en comparación con jóvenes no diabéticos (Gómez et al., 2015).

En esta misma línea, un estudio realizado por Kovacs y cols. Sugiere que la mayoría de niños y adolescentes con DM1 se adaptan bien a su enfermedad, pero un 36% presentan a lo largo del primer año algún problema psiquiátrico, sobre todo depresión (Chamorro et al., 2002).

En este sentido, parece que la depresión es el trastorno psicológico más común, el 14% de los niños y adolescentes diagnosticados de DM1 estarán ligeramente deprimidos y el 8,6% moderada o severamente deprimidos. Parece que el número de síntomas depresivos es mayor en los

primeros años después del diagnóstico, se reduce entre los 4-9 posteriores al diagnóstico, y aumentaría después de los 10 años tras el diagnóstico (Gómez et al., 2015).

La sintomatología ansiosa es también frecuente en este tipo de patologías, del 42% de niños diabéticos que desarrollan algún episodio del trastorno psiquiátrico, el 20% padecen algún trastorno de ansiedad. La elevada ansiedad es uno de los principales predictores de baja calidad de vida en estos pacientes (Gómez et al., 2015).

Por otro lado se sugiere que el diagnóstico de la diabetes se acompaña de una crisis psicológica, no muy intensa y de la que la mayoría de los niños se recuperan, siendo la respuesta psicológica inicial a la diabetes menos severa de lo que se podría esperar (Chamorro et al., 2002). Jacobson y cols. llegaron a la conclusión de que el debut de la diabetes no conlleva necesariamente problemas psicológicos en este temprano estadio de la enfermedad (Chamorro et al., 2002).

Generalmente en las familias de niños enfermos crónicos se aprecia una constante tensión, que afecta la resolución de problemas y la toma de decisiones, frente a dificultades, que otras familias no presentan.

Se ha observado en familias de niños diabéticos y con enfermedades crónicas una dinámica familiar en donde al niño enfermo se le exige menos y se le permite traspasar límites, dificultando que aprenda de sus errores (Baeriswyl, 2007).

La forma en que el niño se enfrenta con su enfermedad se encuentra mediatizada en gran medida por la manera en que su familia lo hace. Donde hay una influencia recíproca entre la enfermedad crónica y los procesos familiares, los cuales afectarán y serán afectados por el niño diabético (Baeriswyl, 2007).

Por ello diversos estudios enfatizan la importancia de los estilos familiares y como afectan al niño.

Tras revisar diversos estudios referentes a los estilos educativos y la psicopatología parece que, los niños criados en hogares autoritativos y autoritarios muestran menores niveles de ansiedad que los hijos de padres negligentes. Por el contrario, los padres autoritarios y permisivos no propician un despliegue adecuado de habilidades sociales, mientras que un estilo de crianza basado en el afecto y en el control inductivo, favorece el desarrollo de conductas socialmente adecuadas (Nerín et al., 2014). Creemos que al no favorecer en las habilidades sociales ni en el desarrollo de conductas socialmente adecuadas, se puede contribuir al desarrollo de depresión y ansiedad.

Las familias autoritarias generan depresión, inseguridad y afrontamientos desadaptativos. En cambio las familias democráticas promueven afrontamientos adaptativos y protectores ante la depresión y soledad (Rosa et al., 2014). Si relacionamos la psicopatología y los estilos educativos podemos ver que el estilo educativo “sobrepotección/control” esta relacionado con la

presencia de sintomatología ansiosa (Serra, Jane & Bonillo, 2013).

Por ello en nuestro estudio queremos en primer lugar analizar los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes pediátricos con DM1 y finalmente analizar las relaciones existentes entre ansiedad y depresión y los estilos familiares.

Método

Participantes

Los pacientes de estudio son menores de 17 años diagnosticados de diabetes mellitus tipo 1, en el servicio de pediatría en el Consorcio Hospital universitario de Valencia. Previamente a la recogida de datos se solicitó el consentimiento de pacientes y cuidadores de estos. El muestreo es de tipo intencional o de conveniencia. En el presente estudio se ha recurrido a 27 pacientes, de los 6 a los 17 años, con una edad media de 12 años (± 2.7). (Tabla 1).

Tabla 1: *Edades de los pacientes.*

Media	11,91
Desv. Tip.	2,65
Mínimo	6
Máximo	17

En lo referente al sexo de los niños (tabla 2), el 57.1% de los que respondieron (12 pacientes) son niños frente al 42.9% (9 pacientes) que son niñas.

Tabla 2: *Sexo de los pacientes.*

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Niños Válidos	12	57,1
Niñas Validas	9	42,9

En lo referente al nivel socioeconómico familiar la mayoría de los pacientes pertenecen a niveles medios (57.1%, 12 pacientes) o medios altos (23.8%, 5 pacientes). (Tabla 3).

Tabla 3: Nivel Socioeconómico Familiar

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Alto-Medio	2	9,5
Medio-Alto	5	23,8
Medio-Medio	12	57,1
Alto-Bajo	1	4,8
Bajo-Medio	1	4,8

Instrumentos

- Escalas de identificación de prácticas educativas familiares (PEF) para niños (Alonso-García y Román-Sánchez, 2003). La escala para niños está adaptada y simplificada (ejemplo de ítem: *imagina que te estas vistiendo. Estrenas una camisa nueva y los botones son un poco más difíciles de abrochar. Te quejas y pides ayuda a papá, mamá o la persona por quien se le pregunte. ¿Que crees que haría?...)*, cuenta además con un soporte gráfico que facilita la comprensión a los niños de 3,4 y 5 años. Consta de cinco grupos o categorías de situaciones hipotéticas ante las cuales los niños tienen que actuar (*Iniciar algo nuevo, ruptura de rutinas, ir a la cama, contar o mostrar algo, juegos*). A su vez cada situación hipotética cotidiana, incluye tres tipos de conflictos: **Conflicto externo**, cuyas circunstancias están fuera del sujeto, ya sea en los adultos, iguales o en otras variables contextuales incidentes. **Conflicto interno**, dependiente de las características intrínsecas al sujeto, como, por ejemplo, timidez, inseguridad, aflicción, etc.

Transgresión o incumplimiento de normas.

La suma de las respuestas para cada situación y estilo corresponde a la valoración de las prácticas educativas familiares. La valoración del niño con respecto a las prácticas educativas familiares se hace de forma global, de tal manera que cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el estilo democrático y permisivo, y cuanto menor sea la puntuación global, mayor será el estilo autoritario (García & Sánchez, 2005).

- Cuestionario de respuesta adaptativa a la enfermedad en pacientes diabéticos (CECAD) Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (Lozano-González, García-Cueto & Lozano-Fernández, 2007). El Test CECAD es un cuestionario cuyo objetivo es la evaluación de un posible trastorno emocional de carácter ansioso-depresivo. Es aplicable, de manera individual o colectiva, a sujetos de entre 7 y 25 años. Consta de 50 ítems que hay que contestar eligiendo entre las opciones Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre y Siempre. El cuestionario CECAD valora 5 escalas o dimensiones (Depresión, ansiedad, inutilidad, irritabilidad y problemas de pensamiento) pero debido al interés del estudio nos centraremos tan solo en dos de ellas:
 - Depresión: Valora la existencia de síntomas de depresión, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, en niños, adolescentes y adultos jóvenes.

- Ansiedad: Persigue la identificación de síntomas psicofisiológicos asociados a la ansiedad (Pérez, 2007).

En los baremos del CECAD las puntuaciones obtenidas se corresponden con puntuaciones típicas de media 50 y desviación típica de 10. Así, a partir de una puntuación típica de 65 (equivalente a percentil 93) ya puede existir un problema que habrá que tratar de manera terapéutica. (Anónimo, 2015)

Procedimiento y cuestiones éticas

El estudio se llevó a cabo con pacientes del Servicio de Pediatría de Consorcio General Universitario de Valencia. Los datos se recogieron entre los años 2012 y 2013 mediante una encuestadora del equipo de investigación.

Previo a la recogida de datos se solicitó el consentimiento informado de los cuidadores, explicando los objetivos del estudio, el carácter voluntario, no remunerado, confidencial y el aseguramiento que la aceptación o rechazo de la participación en el estudio no influiría en el tratamiento médico y/o de enfermería durante la estancia en el hospital, colaborando de forma anónima e informado sobre la protección de datos. El proyecto ha pasado por la comisión de bioética de la universidad de Valencia y del hospital General de Valencia.

Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos se realizó por medio del paquete estadístico SPSS

(versión 21). En primer lugar se calcularon los estadísticos descriptivos para cada una de las dimensiones o variables objeto de estudio, seguidamente se procedió al análisis de correlaciones mediante el método Spearman entre los trastornos psicopatológicos (ansiedad y depresión) y los estilos familiares. Se decidió utilizar en el estudio pruebas no paramétricas dado el reducido tamaño de la muestra.

Resultados

Psicopatología

En primer lugar en el estudio se procedió a analizar los niveles de ansiedad y depresión en el niño diagnosticado de DM1 (Tabla 4).

Tabla 4: *Psicopatología del niño diabético*

	depresiónpd	depresiónt	ansiedadpd	ansiedadt
Media	61,96	50,83	38,87	48,83
Desv. típ	17,18	8,64	9,68	8,97
Mínimo	37	36	22	29
Máximo	99	67	57	66

En el caso de los valores obtenidos en depresión en su puntuación directa los valores oscilan entre 37 y 99, la media es de 61,96 con una desviación típica de 17,17. Los resultados de depresión tipificada sus valores oscilan entre 36 y 67 y la media 50,83 con una desviación típica de 8,64.

Por otro lado los resultados de ansiedad (en puntuación directa) oscilan entre 22 y 57 con una media de 38,87 y desviación típica de 9,68. Y en el caso de ansiedad tipificada oscilarían entre 29 y 66 con una media de 48,83 y desviación típica

de 8,96. En general parece que los valores de depresión son mayores que los de depresión en la población objeto de estudio.

Seguidamente, en base a las puntuaciones tipificadas se analizó el rango al que pertenecen (bajo, medio y alto) según los baremos del CECAD tanto para niños como para niñas en función de la edad.

Observando el rango de depresión podemos observar que el 69,6% de los niños estudiados tienen un nivel bajo de depresión, el 8,7% refiere un nivel alto de depresión y el 21,7% restante presentan niveles medios (Tabla 5)

Tabla 5: Rango de depresión en la escala CECAD

	Frecuencia	Porcentaje válido
Bajo	16	69,6
Medio	5	21,7
Alto	2	8,7

Por otro lado viendo el rango de ansiedad podemos observar que el 82,6% de los niños estudiados tienen un nivel bajo de ansiedad, el 4,3% refiere un nivel alto de ansiedad y el 13% restante un nivel medio (Tabla 6).

Tabla 6: Rango de Tabla Ansiedad en la escala CECAD

	Frecuencia	Porcentaje válido
Bajo	19	82,6
Medio	3	13,0
Alto	1	4,3

Estilos Educativos

El siguiente objetivo de nuestro estudio fue medir los estilos educativos en los pacientes (Tabla 7).

Tabla 7: Resultados estilos educativos en el niño

	Estilo autoritario	Estilo equilibrado	Estilo permisivo
Media	22,65	28,44	13,39
Desv. típ.	7,19	5,55	5,16
Mínimo	7	19	5
Máximo	37	43	24

En lo referente al estilo autoritario los valores oscilan entre 7 y 37 con una media de 22,65 y desviación típica de 7,18. Por su parte, en el estilo equilibrado los valores oscilan entre 19 y 43 con una media de 28,43 y desviación típica de 5,55. Y por último en el estilo permisivo sus valores oscilan entre 5 y 24 con una media de 13,39 y desviación típica de 5,15. En base a dichos resultados parece que el estilo equilibrado seguido del autoritario han sido los más comunes en las familias de los pacientes objeto de estudio.

Relación entre Psicopatología y Estilos Familiares

Por último tal y como se presentó en los objetivos del estudio se ha analizado la relación entre la psicopatología (Ansiedad y Depresión) del niño diagnosticado de DM1 con los estilos educativos (Tabla 8).

Tabla 8: Relación entre la psicopatología y el estilo educativo

	depressionpd	depressiont	ansiedadpd	ansiedadt
Estilo autoritario	,04	,01	-,12	-,08
Estilo equilibrado	,33	,33	,16	,16

Estilo permisivo	,18	,16	,31	,30
------------------	-----	-----	-----	-----

** $p < 01$; * $p < 05$

Tal y como se puede observar no parecen existir correlaciones significativas entre la psicopatología del niño diabético y el estilo educativo en ninguna de las medidas consideradas.

Discusión

La diabetes mellitus tipo (DM1) es una enfermedad crónica ampliamente extendida entre la población infantojuvenil. Suele suponer una sobrecarga significativa en el niño y su familia, modificando aspectos en su estilo de vida, necesarios para cumplimentar las exigencias (Gómez et al., 2015).

Tal y como se ha expuesto, la DM1 no solo puede producir problemas físicos derivados de la enfermedad. También puede llegar a producir problemas psicológicos. Por ello el objetivo de la presente investigación fue triple, por un lado determinar los niveles de depresión y ansiedad en los pacientes con DM1. En segundo lugar analizar los estilos educativos imperantes en los pacientes. Y por último analizar las relaciones entre la psicopatología (depresión, ansiedad) y los estilos educativos. En base a dichos objetivos se planteó que los pacientes pediátricos presentarían niveles elevados en ansiedad y depresión. Y que existe relación directa entre la depresión y ansiedad del menor enfermo de diabetes y el estilo autoritario y negativa o inversa con el estilo autorizativo.

En general nuestros resultados sugieren que la depresión y la ansiedad en la muestra estudiada tienen unos niveles bajos. Así mismo, parece que el estilo democrático o autorizativo es el más frecuente. Además, al contrario de lo que se hipotetizó en un principio no parece existir relación entre la psicopatología y el estilo educativo.

Centrándonos en el primer objetivo, nuestros resultados parecen estar en contra de lo que sugiere la literatura, puesto que diversos autores sostienen que los niveles de depresión y ansiedad de este tipo de pacientes son elevados (Martínez & Tomás, 2001).

El segundo de nuestros objetivos era determinar que estilo educativo era el más común en nuestra población. Nuestro resultado fue el democrático o autorizativo.

El último objetivo que nos planteamos pretendía relacionar las psicopatologías (ansiedad y depresión) del niño diagnosticado de DM1 con los estilos educativos. Contrariamente a lo que se hipotetizó y a lo que sugiere la literatura, en base a nuestra evidencia empírica no parece existir relación entre psicopatología y estilo educativo. Diversos estudios sugieren que en los hogares donde imperan estilos autoritativos y autoritarios hay menores niveles de ansiedad. (Nerín et al., 2014), pero, así mismo, otros estudios consideran que las familias autoritarias generan depresión y que las familias democráticas o autorizativas son protectoras frente a la depresión. (Rosa et al., 2014).

Puede que estos resultados se deban, al menos parcialmente, a algunas de las limitaciones del estudio, principalmente al reducido tamaño de la muestra. Para futuras investigaciones se debería aumentar y comparar los resultados con otras poblaciones clínicas y no clínicas de niños. Así mismo, sería interesante considerar el rol moderador del número de hospitalizaciones que ha tenido el niño y el tiempo medio de la hospitalización, ya que una hospitalización siempre afecta al entorno familiar y sobretodo al estado general del paciente ya no solo a nivel físico sino también a nivel psicológico. De igual manera, sería interesante realizar un estudio longitudinal con los pacientes que permita analizar los cambios que se producen tanto a nivel psicopatología como de funcionamiento familiar en los estilos educativos como resultado de la evolución de la enfermedad. Futuras investigaciones debería ahondar sobre estas temáticas.

Como resumen, señalar que la atención a los problemas psicológicos es un elemento indispensable para la elaboración de los programas terapéuticos y educativos en niños y adolescentes diabéticos y que el óptimo bienestar deseable para los pacientes sólo se podrá alcanzar a través de un equipo terapéutico multidisciplinar formado por expertos en diabetes, enfermería y salud mental, sin olvidar al paciente y su familia. A nivel paterno se debería realizar una buena educación psicológica, que permita a los familiares comprender a lo que estarán expuestos sus hijos

durante el desarrollo de la diabetes y así estar más preparados para vincularse con ellos de forma segura. Un contacto temprano con psicólogos y otros profesionales de salud mental facilitará las consultas posteriores y probablemente permitirá un mejor control y evolución de la enfermedad del niño.

Referencias

- Gómez-Rico, I., Pérez-Marín, M., & Montoya-Castilla, I. (2015). Diabetes mellitus tipo 1: Breve revisión de los principales factores psicológicos asociados. *Anales De Pediatría*, , 82(1), 143-146.
- Bilbao, A., Beniel, D., Pérez, M., Montoya, I., Alcón, J. & Prado, V. (2014). El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátricos. *Revista Clín Sal.* 25 (1), 57-65.
- Zúñiga, F., Inzunza, C., Ovalle, C. & Ventura T. (2009). Diabetes Mellitus Tipo 1 y Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(5), 467-474.
- Conde, S., Rodríguez, M., Bueno, G., López, J., González, B., Rodrigo, M. & Compés, M. (2014). Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años en España. *Anales de Pediatría*, 81(3), 189.
- Chamorro, M., Martínez, I. & Tomás, C. (2002). Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus. *Boletín de Pediatría*, 42,114-119.
- Rosa, A., Parada, J. & Rosa, Á. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles:

- relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de psicología*, 30 (1), 133-142.
- López, S., Calvo, J. & Menéndez, M. (2009). Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. Teoría de la educación. *Revista Interuniversitaria*, 20.
- Nerín, N., Nieto, M. & de Dios Pérez, M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.
- Tur, A., Ghiglione, M., Richaud, M., Mestre, M., Lemos, V. & Samper, P. (2013). La influencia de la cultura en los estilos parentales en contextos de vulnerabilidad social. 31(2)/pp. 419-431.
- Baeriswyl, K. (2007). Salud Mental, Factores Psicológicos y Familiares en Niños Diabéticos Tipo 1 entre los 8 y los 12 años que viven en la V Región. Universidad de Chile.
- Serra, R., Jané, M. C., & Bonillo, A. (2013). Síntomas somáticos funcionales en una muestra española: Psicopatología y estilos educativos. *Anales De Pediatría*, 79(2), 101-107.
- García, J. & Sánchez, J. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17(1), 76-82.
- Pérez, V. (2007). Sintomatología depresiva en niños: Estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid capital. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10(3).
- www.tests-gratis.com.[Consultado: 10 de Mayo 2015]. Disponible en :http://www.tests-gratis.com/tests_personalidad/cecad-cuestionario-de-ansiedad-y-depresion.htm
- Martínez, I. L., & Tomás, C. L. (2001). Características psicosociales de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. *Anales De Pediatría*, 55(5), 406-412.
- Pinquart, M., (2013). Do the parent -child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(7), 708-721.

Recibido: Abril, 2015 • Aceptado: Julio, 2015