

PSICOLOGÍA, CIENCIA Y PROFESIÓN: MIRANDO AL FUTURO

DESAJUSTE CLÍNICO Y ESCOLAR Y SÍNTOMAS EMOCIONALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS**Ana Belén Quesada-Conde****Miriam Romero López****Alicia Benavides Nieto****M. Carmen Pichardo Martínez**

Universidad de Granada: abqc@ugr.es

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.215>

Fecha de Recepción: 8 Febrero 2016

Fecha de Admisión: 15 Febrero 2016

RESUMEN

La aparición de diabetes mellitus de tipo 1 en la niñez y la adolescencia puede conllevar importantes diferencias significativas en habilidades desadaptativas (depresión, ansiedad y estrés, principalmente) con respecto a la población que no padece dicha enfermedad. Acorde con esto, el siguiente estudio pretende analizar la existencia de dichas diferencias entre un grupo de niños y adolescentes diabéticos y otro grupo control que no padece ningún tipo de patología crónica. En dicha investigación han participado un total de 88 familias con hijos de edades comprendidas entre 10 y 18 años, de los cuales 42 niños padecían diabetes y los otros 46 no. El instrumento seleccionado para medir el *Desajuste Clínico* (compuesto por las dimensiones de Ansiedad, Atipicidad, Locus de Control y Somatización – en el S3–), el *Desajuste Escolar* (conformado por la actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa hacia los profesores y búsqueda de sensaciones –en el S3–) y otros *Síntomas Emocionales* (compuesta por las subescalas de Ansiedad, Relaciones Interpersonales, Autoestima, Estrés Social, Depresión y Sentido de Incapacidad) ha sido el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC). Los análisis de diferencia de muestras concluyen que los niños diabéticos tienden a puntuar más alto en ambas dimensiones globales, si bien las diferencias halladas entre ambos grupos tan solo son significativas en Desajuste escolar y Síntomas emocionales (para la muestra de niños) y Desajuste Clínico (en la muestra de adolescentes). Dichas puntuaciones dejan entrever que, en consonancia con los estudios previos realizados, la aparición de esta enfermedad supone una alteración de los estados anímicos y emocionales de quienes la padecen. Este hecho constata la importancia de elaborar pautas que potencien hábitos adaptativos y que enfatizen la independencia de niños con diabetes, para ayudarlos a ganar confianza en sí mismos en pro de mejorar estas habilidades.

Palabras clave: Desajuste clínico, desajuste escolar, síntomas emocionales, diabetes, adolescentes, niños.

ABSTRACT

Clinical and school maladjustment and emotional symptoms in diabetic and non-diabetic children and adolescents

When diabetes mellitus 1 appears in childhood and adolescence can involve substantial and significant differences in maladaptive skills (depression, anxiety and stress, mainly) compared to the population that does not have this disease. In compliance with this information, the following research analyzes such differences between a group of children and adolescents with diabetes and a control group that did not suffer from any chronic disease. A total of 88 families with children between the ages of 10 and 18 years old participated in the study, of which 42 suffer from diabetes and the other 46 do not suffer from diabetes. The instrument selected for measuring *Clinic Maladjustment* (dimensions made up of Anxiety, Atypicality, Locus of Control and Somatization –just in S3–); *School Maladjustment* (Negative Attitude to School, Negative Attitude to Teachers and Sensation Seeking) and others *Emotional Symptoms* (dimensions made up of Anxiety, Interpersonal Relations, Self-Esteem, Social Stress, Depression and Self-Reliance) was the Behavior Assessment System for Children (BASC). The different sample analyses conclude that diabetic children tend to score higher in all these global dimensions, although the differences found between both groups are just significant in School Maladjustment and Emotional Symptoms in children and in Clinical Maladjustment in adolescents. These scores suggest that, as numerous studies from this field have been showing, the appearance of this illness causes a disturbance of mood and emotional states in children and adolescents with diabetes. This fact demonstrates the importance of developing guidelines that promote adaptive habits that emphasize the independence in diabetic children and adolescents to help them gain self-confidence to improve these skills.

Keywords: Clinical maladjustment, school maladjustment, emotional symptoms, diabetes, adolescents, children.

INTRODUCCIÓN

En el momento en que el diagnóstico de una enfermedad crónica irrumpe en la vida de una familia lo hace abarcando en prácticamente todos los ámbitos de su vida: social, psicológico, familiar, emocional, fisiológico –principalmente en el caso del paciente– (Holden, et al., 1997; Hysing et al., 2007; Hysing et al., 2009; La Greca, 1990; Rubio et al., 2010). Si, además, dicho diagnóstico pertenece a uno de los hijos, los efectos del impacto que produce se ven multiplicados en la mayor parte de los casos, involucrando además otros aspectos fundamentales en la vida del niño, como puede serlo su desarrollo escolar. Con esto, cabe decir que la enfermedad ha de ser tratada como dimensión biopsicosocial, principalmente si se trata de una enfermedad crónica y, por ende, ha de ser abordada desde diferentes perspectivas. De este modo, la escuela, la familia y el propio contexto social han de ser agentes que cobren gran importancia en el abordaje de esta condición (Rubio et al., 2010).

Cuando la enfermedad diagnosticada se trata de diabetes mellitus 1 (DM1 a partir de ahora), el niño o adolescente afectado tendrá que hacer frente a la nueva condición que esto supone. Se trata de una enfermedad muy compleja que exige al paciente a adoptar un alto grado de responsabilidad, siendo capaz de dominar todas las destrezas que el dominio de esta nueva condición le supone (ingestas, deporte, control glucémico, puntualidad, autoadministración de insulina) en un contexto social que desconoce la realidad del diabético y, en ocasiones, llega a forzarlo para que no realice los controles adecuados. De este modo, y de acuerdo con Méndez y Beléndez (1994), se puede afirmar que una de las principales fuentes de estrés para los niños y adolescentes diabéticos es su propio contexto social más próximo.

Asimismo, y siguiendo la literatura publicada sobre esta temática, la ansiedad, la autoestima y

la depresión son otros tres grandes factores psicológicos que afectan a los niños y adolescentes con DM1 –principalmente en la adolescencia– (Benet, 1994; Kovacs, Ho & Pollock, 1995; Kovacs et al., 1997). De este modo, Hood et al. (2006) hallan diferencias significativas en un grupo de adolescentes diabéticos en lo que respecta a depresión. En esta misma línea, García (2006) encuentra mayores índices de depresión y problemas sociales en contraposición a su grupo de iguales que no padecen ningún tipo de patología crónica. Asimismo, también encuentra diferencias significativas en lo que respecta a autoestima, escala en la que los adolescentes y niños diabéticos que participan en el estudio puntúan de manera inferior a sus compañeros. Por su parte, Martínez, Lastra y Luzuriaga, (2001) también encontraron diferencias significativas en lo que respecta a autoimagen/autoestima y en inadaptación personal, social y escolar (si bien estas últimas no las relacionan directamente con el hecho de sufrir la enfermedad).

Con todo ello, en el siguiente trabajo se pretenden esclarecer las posibles diferencias a nivel emocional, psicológico y social que puedan existir entre un grupo de pacientes (niños y adolescentes) con DM1, en contraposición con otro grupo de semejantes, que no padecen ningún tipo de patología crónica. Así pues, y en línea con las líneas de investigación expuestas en la introducción, se espera que los pacientes diabéticos presenten mayor puntuación en desajuste clínico, escolar y otras sintomatologías emocionales que el grupo de niños y adolescentes que no padecen ningún tipo de enfermedad.

MÉTODO

Participantes

La muestra de participantes estuvo compuesta por 88 niños y adolescentes de entre 8 y 18 años de edad (M = 12.74; D.T. = 2.17), de los cuales 42 de ellos padecían DM1 y los otros 46 no sufrían ningún tipo de patología crónica (siendo esto último requisito indispensable de inclusión para formar parte del grupo control). En la siguiente tabla pueden observarse las principales características demográficas de los participantes.

Tabla 1
Frecuencia de las características sociodemográficas de los participantes

		Participantes				
		Grupo experimental		Grupo control		
		N	%	N	%	
Sexo	Masculino	19	45.2	Masculino	22	47.8
	Femenino	23	54.8	Femenino	24	52.2
Grupo de edad	10-12	23	54.8	10-12	25	54.3
	13-18	19	45.2	13-18	21	45.7
Progenitor	Madre	27	64.3	Madre	29	63
	Padre	14	33.3	Padre	16	34.8
	Otros	1	2.4	Otros	1	2.2
Caso familiar	1º en la familia	19	45.2			
	Antecedentes	18	42.9			
	NS/NC	5	11.9			
Fecha diagnóstico	0-5 años	16	38.1			
	6-10 años	19	45.2			
	< 10 años	3	7.1			
	NS/NC	4	9.5			

DESAJUSTE CLÍNICO Y ESCOLAR Y SÍNTOMAS EMOCIONALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS

Para analizar las principales diferencias entre ambos grupos participantes en el estudio se utilizó el Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes (BASC), en su versión española validada y adaptada por González, Fernández, Pérez y Santamaría (2004). Se trata de un multimétodo psicométrico de evaluación que, en su versión original (Reynolds & Kamphaus, 1992), mide numerosos aspectos del comportamiento y la personalidad de niños y adolescentes, incluyendo dimensiones tanto positivas o adaptativas, como negativas o clínicas. Para el presente estudio se utilizaron las escalas globales desadaptativas (Desajuste Clínico, Desajuste Escolar e Índice de Síntomas Emocionales). Asimismo, debido a las características de la población evaluada, únicamente se han empleado las escalas S2 (autoinforme para niños de entre 8 y 12 años) y el S3 (autoinforme para adolescentes de entre 13 y 18 años). Ambas escalas se componen de un total de 104 y 126 ítems respectivamente con formato de respuesta verdadero/falso.

Tabla 2
Distribución de las subescalas en las escalas globales del BASC.

S2 (8-12 años)		S3 (13-18 años)	
ESCALAS GLOBALES	SUBESCALAS	ESCALAS GLOBALES	SUBESCALAS
Desajuste clínico	Ansiedad	Desajuste clínico	Ansiedad
	Atipicidad		Atipicidad
	Locus de Control		Locus de Control
Desajuste escolar	Actitud negativa hacia el colegio	Desajuste escolar	Actitud negativa hacia el colegio
	Actitud negativa hacia los profesores		Actitud negativa hacia los profesores
			Búsqueda de sensaciones
Índice de síntomas emocionales	Ansiedad	Índice de síntomas emocionales	Ansiedad
	Relaciones Interpersonales		Relaciones Interpersonales
	Autoestima		Autoestima
	Estrés Social		Estrés Social
	Depresión		Depresión
	Sentido de Incapacidad		Sentido de Incapacidad

Procedimiento

Inicialmente se obtuvo la evaluación del grupo experimental, la cual comenzó a realizarse en la sala de espera del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, si bien allí la finalización de los tests no solía cumplirse con éxito, ya que se llevaba a cabo en los momentos de pausa entre una consulta y otra de las familias participantes, por lo que algunos de ellos entregaban el instrumento incompleto y otros quedaban a la espera de reenviarlo a la investigadora una vez finalizado, pero no se llegaba a dar este último paso. Por ello, se optó finalmente por el muestreo del tipo bola de nieve a partir del cual la investigadora solicitaba permiso previamente a las familias interesadas en participar en el estudio y, una vez concedido, se dirigía personalmente a su domicilio, donde éstas completaban los cuestionarios, que en el mismo día eran recogidos por dicha investigadora. Una vez cerrado el grupo experimental, con un total de 42 familias, se procedió a la selección del grupo control, cuyos participantes (846 familias en total) debían de contar con el requisito de que el hijo al que se iba a evaluar no estuviera diagnosticado de ninguna enfermedad crónica hasta la fecha en

que formaron parte de la investigación. Asimismo, se trató de conformar un grupo equilibrado en lo que respecta a las características sociodemográficas del experimental. Al igual que con este último grupo, inicialmente se solicitaba permiso a los padres para que formaran parte de la investigación y, una vez que estos accedían, la investigadora procedía a pasar el instrumento de evaluación en el domicilio de los participantes.

Análisis de datos

Una vez recogidos los instrumentos de la muestra evaluada se procedió a la realización de un análisis comparativo de muestras de cada uno de los índices globales evaluados y, posteriormente, para mayor exhaustividad, una vez halladas las diferencias significativas en alguna de estas escalas globales, se llevó a cabo la realización de un análisis comparativo de ambos grupos en las distintas subescalas que componían cada uno de los índices globales en los que se había encontrado diferencias significativas, para conocer cuáles eran los aspectos que mayor peso aportaban a dichas desigualdades.

RESULTADOS

Análisis de diferencia de muestras en las escalas globales

Como puede comprobarse en la imagen 1, los participantes diabéticos tendían a puntuar en cada una de las escalas globales por encima del grupo control, si bien es cierto que, como también se puede apreciar en la tabla 3, tan solo se han hallado puntuaciones significativas en las escalas de Desajuste escolar y Síntomas emocionales (si nos referimos al grupo de edad de 10 a 12 años) y en la escala de Desajuste clínico (en el grupo de adolescentes).

Figura 1

Resultados de análisis de la diferencia de medias en las escalas globales del BASC (niños).

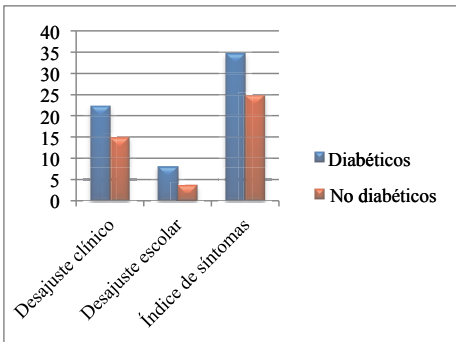
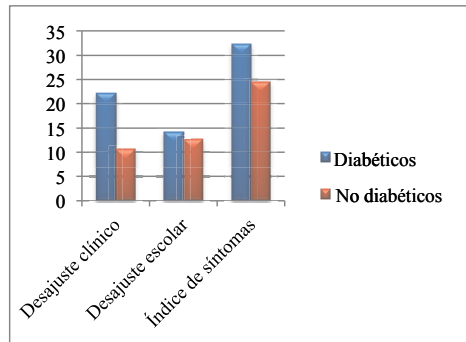


Figura 2

Resultados de análisis de la diferencia de medias en las escalas globales del BASC (adolescentes).



DESAJUSTE CLÍNICO Y ESCOLAR Y SÍNTOMAS EMOCIONALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS

Tabla 3
Resultados de análisis de la diferencia de muestras en las escalas globales del BASC.

ÍNDICES GLOBALES	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias					
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
N	.052	.821	2.357	43	.023	7.306	1.055	4.206	15.612	
			2.359	42.990	.023	7.306	1.059	4.187	15.630	
	4.963	.031	3.753	46	.000	4.403	1.173	2.041	6.765	
S	2.025	.162	3.704	39.959	.001	4.403	1.188	2.000	6.806	
			3.506	42	.001	9.909	2.825	4.206	15.612	
S	16.636	.000	3.506	37.856	.001	9.909	2.825	4.187	15.630	
			4.089	35	.000	11.426	2.794	5.754	17.099	
S	.310	.581	4.033	26.987	.000	11.426	2.833	5.613	17.239	
			.947	37	.350	1.560	1.648	-1.779	4.900	
S	32.099	.000	.950	36.701	.348	1.560	1.642	-1.768	4.889	
			2.802	33	.008	7.748	2.765	2.122	13.373	
S	2.860	23.174	.009		.009	7.748	2.708	2.146	13.350	

De este modo, comprobamos cómo los niños diabéticos suelen presentar un mayor Desajuste escolar que sus compañeros sanos [$t_{(46)}=3.753$; $p<.000$], compuesta por las subescalas de Actitud negativa hacia el colegio y los profesores. Lo mismo ocurre en el apartado de Índice de síntomas emocionales [$t_{(26.98)}=4.033$; $p<.000$]. Esta última dimensión global se conforma a partir de las subescalas de Ansiedad, Relaciones interpersonales, Autoestima, Estrés social, Depresión y Sentido de incapacidad. Sin embargo, en lo que respecta a Desajuste clínico no se pueden apreciar diferencias significativas en contraposición con el grupo control. Por ello, en el siguiente apartado se hará hincapié en las posibles diferencias halladas en las subescalas que componen las dimensiones globales que presentan diferencias significativas entre los grupos para entender cuál/es de ellas afecta/n en mayor grado a las diferencias halladas.

Por otra parte, en el grupo de adolescentes, la única diferencia significativa se ha hallado en la dimensión global Desajuste clínico [$t_{(46)}=3.753$; $p<.000$], la cual incluye las subescalas de Ansiedad, Atipicidad, Locus de control y Somatización. Por ello, a continuación se procederá al análisis de estas cuatro subescalas con el fin de comprobar cuál/es de ellas afecta/n en mayor medida a dicha diferencia estadística.

Análisis de diferencia de muestras en subescalas

Como puede comprobarse en la tabla 4, en las subescalas que componen la dimensión global Desajuste escolar, se observan diferencias significativas en las dos subescalas que las componen (Actitud negativa hacia el colegio [$t_{(46)}=3.438$; $p<.001$] y Actitud negativa hacia los profesores [$t_{(35.44)}=3.107$; $p<.004$]). Con lo cual podemos concluir que tanto la actitud negativa hacia el colegio como a los profesores hacen que los niños diabéticos presenten un mayor desajuste escolar que sus compañeros.

En lo que respecta a la escala de Índice de Síntomas Emocionales, el principal peso en la diferencia significativa encontrada parecen provocarlo las mayores puntuaciones en Depresión

[$t_{(45)}=2.918$; $p<.005$] y en Sentido de Incapacidad [$t_{(46)}=3.824$; $p<.000$], subescalas en las que se encuentra un mayor rango de diferencia entre los grupos.

Finalmente, en lo que respecta al grupo de adolescentes, las principales diferencias se han encontrado en las subescalas de Locus de control [$t_{(29,45)}=3.420$; $p<.002$] y Somatización [$t_{(19,34)}=4.471$; $p<.000$], las cuales contribuyen, en mayor medida, a las desigualdades entre ambos grupos de participantes en la dimensión global Desajuste clínico.

Tabla 4
Resultados de análisis de la diferencia de muestras en las subescalas del BASC.

SUBESCALAS	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias					
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
S2	Actitud negativa hacia el colegio	.160	.691	3.438	46	.001	2.292	.667	.950	3.634
				3.440	45.780	.001	2.292	.666	.951	3.634
	Actitud negativa hacia los profesores	9.554	.003	3.169	46	.003	2.111	.666	.770	3.452
				3.107	35.444	.004	2.111	.680	.732	3.490
	Ansiedad	.100	.753	2.038	44	.048	2.609	1.280	.030	5.188
				2.038	43.476	.048	2.609	1.280	.029	5.189
	Relaciones interpersonales	1.550	.219	-7.789	46	.434	-4.63	.586	-1.643	.717
				-7.786	44.505	.436	-4.63	.586	-1.649	.723
	Autoestima	.025	.876	-1.463	46	.150	-5.84	.399	-1.388	.220
				-1.462	45.508	.151	-5.84	.400	-1.389	.221
	Estrés social	.870	.356	2.602	45	.013	2.336	.898	.528	4.145
				2.578	41.902	.014	2.336	.906	.507	4.166
	Depresión	4.390	.042	2.918	45	.005	2.011	.689	.623	3.399
				2.897	39.539	.006	2.011	.694	.608	3.414
	Sentido de incapacidad	.776	.386	3.824	46	.000	2.974	.778	1.408	4.539
3.805				44.170	.000	2.974	.782	1.399	4.549	
Ansiedad	2.639	.113	2.627	37	.012	2.942	1.120	.673	5.212	
			2.615	35.399	.013	2.942	1.125	.659	5.225	
Atipicidad	4.781	.035	2.499	37	.017	2.366	.947	.448	4.284	
			2.472	30.299	.019	2.366	.957	.412	4.320	
Locus de control	12.999	.001	3.499	38	.001	2.632	.752	1.109	4.154	
			3.420	29.451	.002	2.632	.770	1.059	4.204	
Somatización	48.389	.000	4.580	35	.000	2.409	.526	1.341	3.477	
			4.471	19.344	.000	2.409	.539	1.283	3.536	

DISCUSIÓN

Como se puede comprobar una vez analizados los resultados, los niños y adolescentes diabéticos tienden a puntuar por debajo en cada una de las tres escalas globales evaluadas (Desajuste clínico, Desajuste escolar e Índice de síntomas emocionales), si bien es cierto que en el rango de edad de 10 a 12 años (los cuales han sido considerados como niños, en este estudio) tan solo se han obtenido resultados significativos en lo que respecta a Desajuste escolar y al Índice de síntomas

DESAJUSTE CLÍNICO Y ESCOLAR Y SÍNTOMAS EMOCIONALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS

emocionales, mientras que en el rango de edad superior –de 13 a 18 años– las principales diferencias halladas aparecieron en la escala de Desajuste clínico.

Si se analizan detalladamente las subescalas que componen cada una de estas escalas, y acorde con lo expuesto por autores como García (2006) y Hood et al. (2006), la depresión es una de las variables que en mayor medida afecta a las diferencias en lo que a Desajuste clínico se refiere. En esta investigación, como se ha podido comprobar, los niños diabéticos han puntuado por encima que sus compañeros en esta variable de manera significativa. Como se expone en la introducción, el tener que hacer frente a la DM1, causa un rechazo en muchas ocasiones entre su círculo social más inmediato, por mero desconocimiento de la enfermedad en sí, que puede terminar por sumir al paciente en un estado de depresión al verse y sentirse diferente.

Además, y de acuerdo con García (2006), también se encuentran diferencias significativas a tener en cuenta en el ámbito de interacción con los iguales (en este caso, en el colegio), entre el grupo experimental y el control. Este hecho, puede deberse, entre otras causas, al hecho de la complejidad que conlleva el hacerse responsable de los distintos cuidados que trae consigo esta enfermedad y a tener que hacer frente a dichos cuidados, en multitud de ocasiones, delante de sus semejantes. Como indica Rubio (2010) esto puede suponer para los niños un “estigma” que los haga verse distintos a sus compañeros y sentir, en ocasiones, pudor y resistencia al tener que realizar dichos cuidados, principalmente, en el contexto educativo. En consonancia con estos hallazgos, también se termina viendo afectada la autoestima –en la adolescencia, principalmente– de quienes padecen esta enfermedad, llevándolos a hacer caso omiso a las recomendaciones médicas en multitud de ocasiones, ante la propia presión ejercida por su ambiente más próximo.

Sin embargo, también hay que señalar que la Ansiedad, la Autoestima o el Estrés social –tres de las principales dimensiones consideradas hasta ahora como relevantes en algunos estudios al respecto–, no han desvelado que existieran diferencias importantes entre ambos grupos (si bien es cierto que no podemos dejar de lado la tendencia a puntuar por encima en el caso del grupo experimental). En este aspecto, no se han obtenido resultados similares a los encontrados por autores como Benet (1994), Kovacs, Ho & Pollock (1995) o Martínez, Lastra y Luzuriaga (2001).

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

Como se puede extraer de esta investigación, la aparición de una patología crónica como la DM1 en la vida de un niño o adolescente suele llevar consigo la aparición de síntomas psicológicos, sociales y emocionales que habrá que atender con el fin de evitar que estos puedan producir males mayores. Por ello, se considera necesaria la implementación de programas de apoyo y ayuda a las familias con hijos diabéticos, y con los propios niños y adolescentes, a partir de los cuales puedan acceder a un abanico de recursos que les sirvan de guía en el proceso de afrontamiento del diagnóstico y posteriores sintomatologías –no fisiológicas–. Dichos programas, como se confirmaba anteriormente, no podrán abarcar únicamente el ámbito fisiológico, sino que habrán de hacerse extensivos y cubrir también aspectos de índole emocional y psicológica. Por ello, también se hace necesaria la participación en este proceso de otros profesionales (psicólogos, educadores, psicopedagogos, etc.) capaces de proporcionar las herramientas necesarias para la mejoría de estos pacientes.

Asimismo, no se debe de dejar de lado el abordaje de esta temática con muestras de población mayores a las que han participado en este estudio –limitación clara que presenta este trabajo– para poder extender y generalizar los resultados hallados en ésta. Si bien es cierto que la participación de enfermos crónicos se hace más difícil que si fuera un estudio realizado con población no enferma, y que, al añadir la variable de la edad, la dificultad se incrementa aún más; los indicios presentados en este estudio dejan patente la necesidad de seguir abordando esta temática, con el fin de esclarecer la realidad de este tipo de pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Investigación realizada gracias a la ayuda para la Formación de Profesorado Universitario (FPU) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

REFERENCIAS

- García, J.L. (2006). Diabetes y depresión en niños, preadolescentes, adolescentes y adultos que padecen diabetes mellitus tipo 1. *Revista Currículum*, 19, 267-281.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC. Madrid: TEA Ediciones.
- Holden, E.W., Chmielewski, D., Nelson, C.C. & Kager, V.A. (1997). Controlling for general and disease-specific effects in child and family adjustment to chronic childhood illness. *Journal of pediatric psychology*, 22, 15-27
- Hood, K.K., Hustis, S., Maher, A., Butler, D., Volkening, L. y Laffel, L.M.B. (2006). Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes care*, 29 (6), 1389-1391.
- Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C., Lie, S.A. & Lundervold, A. (2007). Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 48 (8), 785-792.
- Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C. & Lundervold, A. (2009). Emotional and behavioral problems in subgroups of children with chronic illness: Results from a large-scale population study. *Child: Care, Health and Development*, 35 (4), 527-533.
- Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D. S., & Bonar, L. K. (1997). Psychiatric disorders in youths with IDDM: Rates and risk factors. *Diabetes Care*, 20, 36-44.
- Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D. S., & Drash, A. (1997). Major depressive disorder in youths with IDDM. *Diabetes Care*, 20, 45-50.
- Kovacs, M., Ho, V., & Pollock, M. H. (1995). Criterion and predictive validity of the diagnosis of adjustment disorder: A prospective study of youths with new-onset insulin-dependent diabetes mellitus. *American Journal of Psychiatry*, 152, 523-528.
- La Greca, A.M. (1990). Social consequences of pediatric conditions: Fertile area for future investigation and intervention? *Journal of Pediatric Psychology*, 15 (3), 285-307.
- Martínez, M.J., Lastra, I. y Luzuriaga, C. (2001). Características psicosociales de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. *Anales españoles de pediatría*, 55, 406-412.
- Méndez, F.X. y Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 10 (2), 189-198.
- Reynolds, C.R., y Kamphaus, R.W. (1992). Behavior Assessment System for Children: Manual. Circle Pines, MN: American Guidance.
- Rubio, E.M., Pérez, M.A., Conde, J., Blanco, A. (2010). Diferencias conductuales y emocionales entre grupos de enfermos crónicos infanto-juveniles. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 6, 23-44.

