



ESTADO PSICOLÓGICO DE LOS ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: UNA PRIMERA APROXIMACIÓN

AMPARO COSCOLLÁ¹, ISABEL CARO², INMACULADA CALVO³ y BERTA LÓPEZ³

¹ Psicóloga ASPANIJER (Asociación de Padres de Niños y Jóvenes con Enfermedades Reumáticas de la Comunidad Valenciana), Universidad Católica de Valencia

² Facultad de Psicología, Universidad de Valencia

³ Hospital Infantil La Fe, Valencia

Resumen: El presente trabajo examina, en una primera exploración, el estado psicológico de los adolescentes con enfermedades reumáticas e investiga las diferencias entre chicos y chicas. Cuarenta adolescentes (31 chicas y 9 chicos) pacientes de la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Infantil La Fe de Valencia, con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años, fueron evaluados empleando diversas medidas acerca de su estado psicológico y problemas emocionales. Los resultados indican la existencia de algunos problemas en el funcionamiento psicosocial de los adolescentes con enfermedades reumáticas. Los resultados de las pruebas psicológicas indican que esto es así especialmente en el caso de las chicas. La muestra presenta más problemas relacionados con la ausencia de capacidad para experimentar alegría, diversión, y felicidad que problemas relacionados con la depresión. Los chicos, aunque en menor medida que las chicas, presentan también problemas de ajuste psicosocial. En su caso destaca la dimensión hostilidad.

Palabras clave: adolescentes, enfermedades reumáticas, enfermedad crónica, estado psicológico.

Psychological well-being of adolescents with rheumatic diseases: a first look

Abstract: This paper examines, in a first exploration, the psychological condition of adolescents with rheumatic diseases, and investigates the differences between boys and girls. Forty adolescents (31 girls and 9 boys), patients of the Pediatric Rheumatology Unit at Children's Hospital La Fe in Valencia, ranging from 13 to 19 years old, were assessed using different methods as to their psychological condition and emotional problems. The results point at several problems in the psychosocial functioning of adolescents with rheumatic diseases. The results from the psychological tests indicate that this is especially so where girls are concerned. The sample presents more problems related to absence of the capacity to experience joy, fun and happiness than problems related to depression. Boys, although to a lesser extent, also have problems with psychosocial functioning. In their case hostility stands out.

Keywords: adolescents, rheumatic diseases, chronic illness, psychological condition.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas configuran un conjunto heterogéneo de trastornos vinculados a anomalías en el funcionamiento del sistema inmunológico (Vandvik, 1990). La característica principal de este tipo de desordenes es la inflamación del tejido conjuntivo, especialmente las articulaciones, vasos sanguíneos y piel.

En ocasiones, algunas variedades de este tipo de enfermedades pueden afectar a otras partes del cuerpo, incluyendo la sangre, los pulmones y el corazón. La categoría diagnóstica más común es la artritis reumatoide juvenil, pudiendo aparecer en su forma sistémica, poliarticular u oligoarticular.

En cuanto a su prevalencia como enfermedades crónicas infantiles, podemos afirmar que la artritis cuenta con una prevalencia de 2,2 casos

Recibido 30 mayo 2007; aceptado 12 marzo 2008

Correspondencia: Amparo Coscollá, Universidad Católica de Valencia, c/ Guillem de Castro, 94 . 46003 Valencia. Correo-e: amparo.coscolla@ucv.es

Agradecimientos: Este estudio fue financiado con la beca GV2004-B-219 de la Conselleria de Empresa, Universidad y Ciencia de la Generalidad Valenciana.

por mil, constituyendo así la cuarta enfermedad crónica infantil más habitual tras el asma, las cardiopatías congénitas y las convulsiones (Rodríguez-Sacristán y Rodríguez, 2000).

Siguiendo el criterio establecido por Rodríguez-Sacristán y Rodríguez (2000), entendemos como enfermedad crónica en la infancia aquella enfermedad que cumple los criterios tanto sociales como cronológicos. Los criterios sociales hacen referencia a la limitación de las actividades características del niño, mientras que los cronológicos se refieren a la aparición de síntomas que perduran más de tres meses y precisan atención sanitaria durante más de un mes a lo largo de un año, ya sea en hospitales, atención primaria o domicilio.

Las enfermedades reumáticas presentan una gran variedad de subtipos difiriendo, de modo importante, en sus manifestaciones y consecuencias, pudiendo causar discapacidad creciente a lo largo del tiempo e incluso ceguera (Brewer, Giannini y Perosn, 1982; en Vandvik, 1990). Una característica común a todas ellas es la presentación de un curso recidivante y la existencia de un tratamiento paliativo, en ningún modo curativo (Gerhardt, et al., 2003)

Las enfermedades reumáticas conllevan una serie de desafíos que los adolescentes deben afrontar. Entre ellos destacan la imposibilidad de realizar actividades propias y características de su edad, movilidad restringida, problemas escolares derivados del absentismo escolar provocado por la propia enfermedad, cansancio, dolor, efectos secundarios de la medicación (retraso o detención del crecimiento, aumento de peso y efecto cushing de los corticoides, trastornos de la imagen corporal, irritación gastrointestinal etc.), problemas oculares, ira e incapacidad de controlar los propios sentimientos, deseo de ser tratado como un adulto, aumento de las discusiones y tensión familiar, dificultades para controlar los pensamientos que causan malestar, exploraciones frecuentes, incertidumbre ante la posibilidad de futuras recidivas o brotes, sensación de ser diferente, etc. Toda esta situación implica que los niños y adolescentes con enfermedades crónicas se encuentren con un riesgo mayor de desarrollar alteraciones y problemas a nivel conductual, emocional y social (Gerhardt, Walders, Rosent-

hal y Drotar, 2004, Shapiro, 1993; Holden, Chmielewski, Nelson, Kager, y Foltz., 1996; Lavigne y Faier-Routman, 1992). Del mismo modo, el afrontamiento de esta nueva circunstancia requiere, por parte de toda la familia, un complejo y dinámico proceso de adaptación (Canning, Harris y Kelleher, 1996; Daniels, Miller, Billings y Moos, 1986; Frank, Hagglund et al., 1998; Gerhardt et al., 2003, Timko, Stovel y Moos, 1992; Wallander et al., 1998).

En la actualidad la literatura estudia tanto el afrontamiento de los problemas de salud (Rueda y Pérez García, 2004, Pelechano, 2005) como las consecuencias emocionales de las distintas enfermedades, tanto en adultos (Edo y Ballester, 2006, Flores, Borda y Pérez San Gregorio, 2006) como en niños (Cabrera, Urrutia, Vera, Alvarado y Vera-Villaroel., 2005).

Tal y como sucede con las enfermedades crónicas infantiles (Spirito, DeLawyer y Stark, 1991; Zeltzer, Kellerman, Ellenberg, Dash y Rigler, 1980), la literatura disponible acerca de repercusiones psicosociales de las enfermedades reumáticas infantiles no ha alcanzado una conclusión firme.

Siguiendo la revisión de Noll et al. (2000), existen un número considerable de investigaciones que han encontrado alteraciones psicológicas en niños y adolescentes con artritis reumatoide juvenil. Estas disfunciones hacen referencia, principalmente, a la competencia social y al bienestar emocional. En relación a la competencia social, estos problemas pueden derivarse de la imposibilidad de realizar las mismas actividades que su grupo de iguales, pudiendo aparecer problemas de índole social. Los estudios relativos al bienestar emocional indican que los niños y adolescentes con artritis reumatoide juvenil pueden experimentar una mayor ansiedad, un estado de ánimo deprimido y problemas relacionados con la apariencia física y competencia atlética. Según Vandvik (1990) el 50% de los niños y adolescentes con artritis reumatoide juvenil cumplen los criterios para diagnósticos psiquiátricos, principalmente de tipo ansioso y afectivo.

Sin embargo, a pesar de que el dolor y la discapacidad funcional son el sello de la artritis reumatoide juvenil (Revenson y Felton, 1989), y de los resultados anteriormente comentados,

también contamos con un grupo de trabajos que no han identificado problemas en el funcionamiento social, emocional y conductual de este tipo de pacientes pediátricos. Harris et al., 1991 (en Noll et al., 2000) no hallaron diferencias significativas en aceptación social, sociabilidad, agresión o aislamiento social entre niños con artritis reumatoide y su compañeros de clase. Del mismo modo, los niños con este tipo de enfermedad no muestran excesivas dificultades relativas al autoconcepto (Harris, Newcomb y Gewanter, 1991 y Ungerer et al., 1988, en Noll et al., 2000) y a los estados depresivos y la ansiedad (Billings, et al., 1987 y Kellerman et al., 1980, en Noll et al., 2000).

Si nos centramos en la literatura relativa exclusivamente al período de la adolescencia, observamos que el manejo de una enfermedad crónica y el desarrollo en la adolescencia tienen efectos adversos recíprocos uno en el otro (McDonagh y Viner, 2004). Una condición crónica puede retrasar el desarrollo en la adolescencia, produciendo un retraso de crecimiento, aplazando la independencia social, y creando problemas de imagen corporal y sexual así como fracasos escolares y/o vocacionales. Del mismo modo, los imperativos del desarrollo adolescente (la búsqueda de identidad e independencia, el pensamiento a corto plazo que excluye el futuro, etc.) pueden hacer que el afrontamiento de la enfermedad crónica sea problemático a través de una pobre adherencia al tratamiento médico y a la realización de conductas «peligrosas» o no adecuadas para la salud. Tal y como afirma Kyngäs (2000), no resulta sorprendente que los adolescentes muestren una pobre adherencia al tratamiento de una enfermedad crónica. Una condición crónica requiere, de modo permanente, un cambio en el estilo de vida de la persona y una continua adaptación. Los adolescentes, además, rechazan cualquier ayuda o signo externo que evidencie que son distintos a su grupo de iguales.

De todo lo anterior podemos concluir que los adolescentes consideran que la enfermedad crónica no debería ser la prioridad número uno en sus vidas. La adolescencia se puede considerar como un período crítico de desarrollo que puede ser interrumpido por una enfermedad crónica. Esta es la razón por la que los adolescentes

deberían participar activamente en la planificación y la toma de decisiones, de modo que tengamos en cuenta sus intereses, necesidades y aspiraciones (Kyngäs, 2000).

MÉTODO

Objetivo

El objetivo del presente estudio es explorar y describir el estado psicológico de los adolescentes pacientes de la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Infantil La Fe de Valencia y exponer las posibles diferencias entre sexos.

Los datos aquí presentados forman parte de un proyecto de investigación más amplio que se centra en la evaluación de los niños y los adolescentes adscritos a la Unidad de Reumatología Pediátrica. El presente proyecto se desarrolla a través de una red de investigación en colaboración entre la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia y el Hospital Infantil La Fe de Valencia.

Participantes

La muestra del presente estudio está formada por 40 adolescentes, con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años, pacientes de la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Infantil La Fe de Valencia. Las características demográficas de estos adolescentes están descritas en la Tabla 1.

Las categorías diagnósticas principales son la artritis reumatoide juvenil que engloba al 37,5% de la muestra y las enfermedades autoinmunes (como son lupus, dermatomiositis, esclerodermia y síndrome de Sjögren) que incluyen el 25% de los pacientes adolescentes de la muestra. Un 20% presentan síndromes de amplificación del dolor (entre los que se incluyen la fibromialgia y la hiperlaxitud), un 12,5% vasculitis (como el síndrome de Behçet) y un 5% entidades sin definir. Únicamente un 15% de los pacientes presenta la enfermedad en remisión y la mitad de ellos ha sufrido efectos

Tabla 1. Variables demográficas de la muestra. N, porcentajes y desviaciones típicas (paréntesis)

| Variable | | N | % | M (DT) |
|-----------------------|--------------------------------|-----|------|--------------|
| Género | Chicas | 31 | 77,5 | |
| | Chicos | 9 | 22,5 | |
| Edad | Chicas | 31 | | 15,32 (1,53) |
| | Chicos | 9 | | 14,22 (1,09) |
| Nacionalidad | España | 38 | 95 | |
| | Otra | 2 | 5 | |
| Nivel educativo | Secundaria | 29 | 72,5 | |
| | Bachillerato | 7 | 17,5 | |
| | Ciclo Formativo Grado Medio | 2 | 5 | |
| | 1º Curso de Universidad | 2 | 5 | |
| Red familiar | Convivencia con los abuelos | 1 | 2,5 | |
| | Un padre | 6 | 15 | |
| | Dos padres | 33 | 82,5 | |
| | Número de hermanos: | | | |
| | 0 | 2 | 5 | |
| | 1 | 24 | 60 | |
| 2 | 14 | 35 | | |
| Ocupación del padre | Jubilado | 2 | 5 | |
| | Trabajador no cualificado | 12 | 30 | |
| | Trabajador manual cualificado | 17 | 42,5 | |
| | Oficinista | 5 | 12,5 | |
| | Profesional | 3 | 7,5 | |
| | | 1 | 2,53 | |
| Ocupación de la madre | Jubilada | 1 | 1 | |
| | Trabajadora no cualificada | 9 | 2,5 | |
| | Trabajadora manual cualificada | 3 | 22,5 | |
| | Oficinista | 7 | 17,5 | |
| | Profesional | 3 | 7,5 | |
| | Ama de casa | 16 | 40 | |
| | 1 | 2,5 | | |

Nota: La muestra incluye a dos cuidadores principales que no son progenitores. Se trata de una abuela y un abuelo que contestan el cuestionario ya que la madre ha fallecido y el padre se encuentra desaparecido.

secundarios de la misma. La media de años desde el diagnóstico es de 5,94 ($DT = 3,97$) y la media de brotes es también alta correspondiendo a 9,55 ($DT = 8,9$). La media de hospitalizaciones es también elevada 5,84 ($DT = 7,63$) y tanto el grado de incapacidad funcional ($M = 1,35$, $DT = 1,32$), como la gravedad ($M = 1,87$, $DT = 1,08$) y el nivel de tratamiento ($M = 1,76$, $DT = 1,04$) no llegan a alcanzar un nivel moderado o medio (estas tres últimas medias se

refieren a un rango que oscila desde 0, muy ligero, a 4 grave)

El estado psicológico de los adolescentes fue evaluado a través de las medidas que se indican a continuación. Todos estos cuestionarios se encuentran baremados con población española. Las medidas fueron adaptadas a la edad de los adolescentes, lo que explica, en parte, la diferencia de Ns en las distintas pruebas. Se han seleccionado, fundamentalmente, aquellas

medidas que cuentan con datos normativos para población española.

Ansiedad. La ansiedad, tanto Rasgo como Estado, fue evaluada a través de las medidas elaboradas por Spielberger. Los adolescentes completaron el *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo para niños) (STAI-C) de Spielberger (1973). Mientras que aquellos adolescentes con una edad igual o superior a 16 años contestaron el *State-Trait Anxiety Inventory* (Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo) (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). Ambos cuestionarios presentan puntuaciones españolas estandarizadas (STAIC: Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzeck, 1990; STAI: Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) y muestran fiabilidad y consistencia interna en la población española (Echeburúa, 1993; Pons, Frias y del Barrio, 1994). El STAI y el STAIC han sido también empleados con niños y adolescentes con enfermedades reumáticas (Reid, Lang y McGrath, 1997; Ross, et al., 1993; von Weiss et al., 2002).

Depresión. Con el fin de evaluar la depresión, los adolescentes de 13 a 16 años cumplieron el *Children's Depression Scale* (Escala de Depresión Infantil) (CDS) de Lang y Tisher (1978) que también cuenta con las puntuaciones normativas españolas (Lang y Tisher, 1983) y ha sido específicamente diseñado para los niños, contando con una buena fiabilidad y consistencia interna. (Lang y Tisher, op. cit.). Los adolescentes mayores de 16 años contestaron el *Beck Depression Inventory* (Inventario de Depresión de Beck) (BDI) (Beck y Steer, 1993), que también ha sido empleado con adolescentes con enfermedades reumáticas (Reid et al., 1997).

Funcionamiento psicológico. Los adolescentes también cumplieron el *Symptom Checklist -90-Revised* (Cuestionario de 90 Síntomas Revisado) SCL 90 —R (SCL-90-R; Derogatis, 1983, 1988) en su versión española, que cuenta con una buena fiabilidad y consistencia interna para población española. (De las Cuevas y González de Rivera, Henry, Monterrey, Rodríguez-Pulido, Gracia, 1991; De las Cuevas y González de Rivera 1991). Se trata de una esca-

la de 90 ítems que evalúa medidas psicológicas y síntomas somáticos en nueve dimensiones: Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. Además, el SCL-90-R también proporciona un Índice global de gravedad (Global Severity Index, GSI), como una medida que engloba diferentes índices de distrés psicológico actual y dos índices más: el PST (Positive Symptom Total, Total de Índices Positivos) que mide la amplitud del distrés sintomático del sujeto y el PSDI (Positive Symptom Distress Index, Índice de Distrés de Síntomas Positivos) que evalúa la gravedad sintomática. El SCL-90-R ha sido empleado en una gran variedad de marcos clínicos. Y también cuenta con una buena fiabilidad y consistencia interna (Derogatis, 1983; Hafkenscheid, 1993).

Procedimiento

La selección de los pacientes se realizó de dos modos. En primer lugar, un grupo de pacientes fue seleccionado, de modo aleatorio, desde el fichero de casos de la Unidad de Reumatología Pediátrica. Después, se concertaron distintas reuniones en las que se entregaron los cuestionarios y se explicaron los objetivos de la investigación. En esta reunión, a lo que los adolescentes acudieron con sus padres, se les explicó el propósito del estudio y se entregaron los consentimientos informados correspondientes.

En segundo lugar, se contactó con los pacientes, igualmente de modo aleatorio, cuando acudían a la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Infantil La Fe a sus revisiones o visitas. Estos niños y sus padres recibieron instrucciones similares, sobre el estudio y su funcionamiento, a las ofrecidas a las familias en las reuniones. Además, las instrucciones fueron ofrecidas por la misma profesional para ambos grupos de padres.

Del total de 40 adolescentes que componen la muestra de nuestro estudio, 31 de ellos (77,5%) fueron contactados a través del primer método y 9 de ellos (22,5%) a través del procedimiento descrito en segundo lugar.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron con el SPSS-12. Las variables dependientes o criterio son las respuestas de los adolescentes en los distintos cuestionarios empleados, mientras que la variable independiente fue el sexo. Para describir la muestra emplearemos medias, desviaciones típicas y puntuaciones centiles. Para las diferencias significativas entre chicas y chicos se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

La Tabla 2 muestra los resultados relativos a las medias, desviaciones típicas y puntuaciones centiles de la muestra en las pruebas psicológicas realizadas.

Si observamos los resultados correspondientes a la depresión, encontramos que las chicas mayores de 16 años de nuestra muestra obtienen puntuaciones en el BDI equivalentes a una depresión moderada (rango 10-18; Teri, 1982). Debido a la edad de los pacientes no contamos,

Tabla 2. N, medias de los sujetos, desviaciones típicas (en paréntesis) y puntuaciones centiles de la muestra

| | Chicas | | | Chicos | | |
|----------------------------------|----------|----------------|-----------|----------|---------------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M (DT)</i> | <i>Pc</i> | <i>n</i> | <i>M (DT)</i> | <i>Pc</i> |
| <i>BDI</i> | 7 | 12 (6,02) | | 0 | | |
| <i>CDS</i> | | | | | | |
| R. afectiva | 24 | 22,58 (8,70) | 70 | 9 | 15,55 (5,22) | 30 |
| P. sociales | 24 | 22,37 (8,33) | 55 | 9 | 17 (6,91) | 30 |
| Autoestima | 24 | 23,95 (9,28) | 60 | 9 | 16,22 (6,11) | 15 |
| Preocupación por la muerte/salud | 24 | 22,00 (7,56) | 70 | 9 | 18,22 (4,91) | 45 |
| S. culpabilidad | 24 | 23,70 (7,90) | 35 | 9 | 17,44 (7,56) | 5 |
| Depresivos varios | 24 | 31,37 (7,97) | 50 | 9 | 24,55 (5,59) | 15 |
| Ánimo-Alegría | 24 | 21,75 (6,54) | 80 | 9 | 18,88 (5,20) | 60 |
| Positivos varios | 24 | 27,37 (6,46) | 80 | 9 | 25,55 (8,94) | 70 |
| Total positivos | 24 | 49,12 (12,29) | 85 | 9 | 44,44 (13,73) | 70 |
| Total depresivo | 24 | 146,53 (44,09) | 60 | 9 | 109 (31,52) | 15 |
| <i>STAI-Estado</i> | 14 | 22,21 (10,38) | 50 | 1 | 26 | 65 |
| <i>STAI-Rasgo</i> | 14 | 30,71 (7,98) | 80 | 1 | 30 | 85 |
| <i>STAI-C-Estado</i> | 17 | 39,29 (10,61) | 90 | 8 | 29,75 (4,36) | 40 |
| <i>STAI-C-Rasgo</i> | 17 | 44,41 (9,67) | 85 | 8 | 28,87 (4,42) | 20 |
| <i>SCL-90-R</i> | | | | | | |
| Somatización | 31 | 1,65 (0,97) | 90 | 9 | 0,96 (0,71) | 90 |
| Obsesivo-compulsivo | 31 | 1,57 (0,96) | 90 | 9 | 0,93 (0,93) | 80 |
| Sensibilidad interpersonal | 31 | 1,38 (0,88) | 90 | 9 | 0,70 (0,65) | 75 |
| Depresión | 31 | 1,41 (0,94) | 85 | 9 | 0,76 (0,74) | 70 |
| Ansiedad | 31 | 1,30 (1,06) | 90 | 9 | 0,65 (0,74) | 75 |
| Hostilidad | 31 | 1,37 (1,02) | 90 | 9 | 1,07 (0,97) | 85 |
| Ansiedad fóbica | 31 | 0,66 (0,71) | 80 | 9 | 0,44 (0,81) | 80 |
| Ideación paranoide | 31 | 1,05 (0,71) | 85 | 9 | 1,14 (1,02) | 85 |
| Psicoticismo | 31 | 0,84 (0,78) | 90 | 9 | 0,64 (0,83) | 85 |
| GSI | 31 | 1,29 (0,81) | 90 | 9 | 0,81 (0,71) | 90 |
| PST | 31 | 52,67 (20,68) | 90 | 9 | 38,55 (26,45) | 85 |
| PSDI | 31 | 1,99 (0,60) | 70 | 9 | 1,58 (0,53) | 50 |

Nota: BDI = Beck Depression Inventory, CDS = Children's Depression Scale, STAI = State-Trait Anxiety Inventory, STAI-C = State-Trait Anxiety Inventory for Children, SCL-90-R = Symptom Checklist -90-Revised, GSI = Global Severity Index, PST = Positive Symptom Total, PSDI = Positive Symptom Distress Index

en relación al BDI, con ninguna puntuación perteneciente a los chicos. Si observamos los resultados del CDS muestra que los pacientes, en comparación con una muestra normativa, presentan los percentiles (*pces*) más elevados en el total positivos (percentil (*pc*) 85 en el caso de las chicas y *pc* 70 en el caso de los chicos), positivos varios (chicas *pc* 80, chicos *pc* 70) y en la escala ánimo-alegría (chicas *pc* 80; chicos *pc* 60). Estas escalas aluden a la ausencia de alegría, diversión y felicidad, o su incapacidad para experimentarlas. En el grupo de las chicas encontramos también puntuaciones por encima del percentil 50 (*pc* 70) en las escalas respuesta afectiva, preocupación por la muerte/salud, autoestima (*pc* 60), total depresivo (*pc* 60) y problemas sociales (*pc* 55). Con puntuaciones inferiores encontramos depresivos varios (*pc* 50) y en último lugar sentimiento de culpabilidad, con un *pc* 35.

En el caso de los chicos, al igual que sucedía con las escalas positivas, sus puntuaciones son inferiores al grupo de chicas. Pero como ocurre con ellas, la escala preocupación por la muerte/salud (*pc* 45) obtiene el *pc* más alto entre los incluidos en el total depresivo, aunque el grupo de chicos no se encuentra en esta escala por encima del *pc* 50. Las escalas respuesta afectiva y problemas sociales se encuentran en un *pc* 30 y en el caso de la autoestima, depresivos varios y total depresivo las puntuaciones son aún inferiores, alcanzando tan sólo un *pc* 15. Las respuestas del grupo de chicos presentan un patrón similar al de las chicas en el sentido de que el *pc* más bajo de toda la prueba corresponde a la escala sentimientos de culpabilidad (que en el caso de los chicos alcanza tan sólo un *pc* 5).

Si nos centramos en la evaluación de la *ansiedad*, podemos observar que en las puntuaciones correspondientes al STAI las chicas obtienen puntuaciones más altas en el caso de la ansiedad rasgo (*pc* 80) frente a la ansiedad estado (*pc* 50). En el caso de los chicos, únicamente contamos con un paciente que obtiene igualmente un *pc* más elevado en ansiedad rasgo (*pc* 85) que en ansiedad estado (*pc* 65). Sin embargo, si nos centramos en las adolescentes con edades inferiores, el STAIC no muestra diferencias tan amplias entre ansiedad estado

(*pc* 90) y ansiedad rasgo (*pc* 85), encontrando además puntuaciones claramente superiores a la media normativa. Las puntuaciones de los chicos son claramente inferiores a las de sus compañeras, obteniendo un *pc* 40 en ansiedad estado y tan sólo un *pc* 20 en ansiedad rasgo.

Los resultados relativos al cuestionario SCL 90-R indican problemas en el *funcionamiento psicosocial* de los pacientes de la muestra. Como podemos observar, las puntuaciones de todas las dimensiones, con la única excepción del *pc* 50 del PSDI en el caso de los chicos, se encuentran por encima del *pc* 50 de la población no clínica. Aunque encontramos, nuevamente, que las puntuaciones de las chicas vuelven a ser superiores a las correspondientes al grupo de los chicos. Las adolescentes obtienen un *pc* 90, en comparación con una población no clínica, en las dimensiones: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, psicoticismo y en el Índice Global de Gravedad (GSI) así como en el Total de Síntomas Positivos (PST) que representa la amplitud del malestar. Los percentiles inferiores corresponden a las dimensiones depresión (*pc* 85), ansiedad fóbica (*pc* 85), ideación paranoide (*pc* 85) y PSDI (*pc* 70). Especial mención merece la comparación entre las puntuaciones de las adolescentes de la muestra y las puntuaciones correspondientes a pacientes con disfunción psicósomática tempo-mandibular. El grupo de chicas se encuentra, en todas las dimensiones contempladas, por encima del *pc* 50. La muestra de chicas obtiene así un *pc* 75 en las dimensiones somatización, ansiedad, hostilidad, psicoticismo, un *pc* 70 en las dimensiones obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, GSI y PST. Incluso, si comparamos las puntuaciones del grupo de chicas con mujeres de una muestra psiquiátrica encontramos puntuaciones por encima del *pc* 50 en hostilidad (*pc* 60) y un *pc* 50 en la dimensión sensibilidad interpersonal (*pc* 50).

En el caso del grupo de adolescentes chicos encontramos que las dimensiones somatización y GSI como medida de sufrimiento psicológico general se encuentran en un *pc* 90 en comparación con la población no clínica. Las dimensiones hostilidad, ideación paranoide,

psicoticismo y PST representan un *pc* 85. Con un *pc* 80 encontramos la dimensión obsesión y ansiedad fóbica, puntuaciones algo inferiores representan la dimensión sensibilidad interpersonal y ansiedad con un *pc* 75. La dimensión que obtiene una puntuación más baja es la depresión, obteniendo un *pc* 70. El PSDI representa un *pc* 50. El grupo de chicos también se sitúa por encima del *pc* 50 si lo comparamos con pacientes con disfunción tempo-mandibular en hostilidad (*pc* 70), ansiedad fóbica (*pc* 60) e ideación paranoide (*pc* 60). Aún más, si la comparación la realizamos con varones de una muestra psiquiátrica, el grupo de adolescentes chicos con enfermedades reumáticas se sitúa por encima del *pc* 50

en las dimensiones hostilidad (*pc* 60) e ideación paranoide (*pc* 55).

En cuanto a las diferencias significativas entre chicas y chicos, estos datos se muestran en la Tabla 3. Como podemos comprobar, se observan diferencias significativas en 9 de las variables dependientes evaluadas. Las chicas presentan medias significativamente superiores a los chicos en las escalas respuesta afectiva, autoestima, depresivos varios y total depresivo del cuestionario CDS. En relación a la ansiedad, las chicas puntúan significativamente más alto en ansiedad estado y ansiedad rasgo. Encontramos también diferencias significativas entre chicas y chicos en las dimensiones somatización, sensibilidad interpersonal y depresión del cuestionario SCL90-R.

Tabla 3. *N*, medias, desviaciones típicas (en paréntesis) y análisis no-paramétricos (U de Mann-Whitney) entre chicos y chicas

| | Chicas | | Chicos | | <i>z</i> |
|----------------------------|----------|------------------------|----------|------------------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> (<i>DT</i>) | <i>n</i> | <i>M</i> (<i>DT</i>) | |
| <i>CDS</i> | | | | | |
| R. afectiva | 24 | 22,58 (8,70) | 9 | 15,55 (5,22) | -2,10* |
| P. sociales | 24 | 22,37 (8,33) | 9 | 17 (6,91) | -1,60 |
| Autoestima | 24 | 23,95 (9,28) | 9 | 16,22 (6,11) | -2,08* |
| P. por la muerte/salud | 24 | 22 (7,56) | 9 | 18,22 (4,91) | -1,45 |
| S.culpabilidad | 24 | 23,70 (7,90) | 9 | 17,44 (7,56) | -1,86 |
| Depresivos varios | 24 | 31,37 (7,97) | 9 | 24,55 (5,59) | -2,20* |
| Ánimo-Alegría | 24 | 21,75 (6,54) | 9 | 18,88 (5,20) | -1,31 |
| Positivos varios | 24 | 27,37 (6,46) | 9 | 25,55 (8,94) | -0,52 |
| T. positivo | 24 | 49,12 (12,29) | 9 | 44,44 (13,73) | -0,91 |
| T. depresivo | 24 | 146,53 (44,09) | 9 | 109 (31,52) | -2,12* |
| <i>STAIC-Estado</i> | 17 | 39,29 (10,61) | 8 | 29,75 (4,36) | -2,33* |
| <i>STAIC-Rasgo</i> | 17 | 44,41 (9,67) | 8 | 28,87 (4,42) | -3,32*** |
| <i>SCL-90-R</i> | | | | | |
| Somatización | 31 | 1,65 (0,97) | 9 | 0,96 (0,71) | -2,07* |
| Obsesivo-compulsivo | 31 | 1,57 (0,96) | 9 | 0,93 (0,93) | -1,88 |
| Sensibilidad interpersonal | 31 | 1,38 (0,88) | 9 | 0,70 (0,65) | -2,27* |
| Depresión | 31 | 1,41 (0,94) | 9 | 0,76 (0,74) | -1,99* |
| Ansiedad | 31 | 1,30 (1,06) | 9 | 0,65 (0,74) | -1,80 |
| Hostilidad | 31 | 1,37 (1,02) | 9 | 1,07 (0,97) | -0,71 |
| Ans. fóbica | 31 | 0,66 (0,71) | 9 | 0,44 (0,81) | -0,70 |
| Ideación paranoide | 31 | 1,05 (0,71) | 9 | 1,14 (1,02) | -0,13 |
| Psicoticismo | 31 | 0,84 (0,78) | 9 | 0,64 (0,83) | -1,30 |
| GSI | 31 | 1,29 (0,81) | 9 | 0,81 (0,71) | -1,60 |
| PST | 31 | 52,67 (20,68) | 9 | 38,55 (26,45) | -1,58 |
| PSDI | 31 | 1,99 (0,60) | 9 | 1,58 (0,53) | -1,55 |

Nota: **p* < 0,05, ****p* < 0.001.

DISCUSIÓN

Observando los resultados obtenidos por los pacientes de nuestra muestra encontramos que los adolescentes presentan más problemas relacionados con la ausencia y la capacidad de experimentar alegría, diversión y felicidad que problemas relacionados con la depresión. Estos resultados coincidirían con la repercusión más importante citada por los propios adolescentes (Coscollá et al., 2006), y que aparece también en la literatura sobre artritis reumatoide juvenil (Reise, 1995, en Noll et al., 2000). La pérdida de actividades deportivas y de ocio puede influir de un modo directo en la incapacidad para experimentar estos sentimientos y emociones positivas. Entre las escalas depresivas, tanto en el caso de las chicas como el de los chicos, la más elevada corresponde a la preocupación por la muerte y la salud, mostrando la influencia de la enfermedad reumática en los sueños y fantasías del niño/a en relación con su enfermedad y la muerte.

En términos generales podemos afirmar que aparecen algunos problemas psicológicos entre las adolescentes chicas, presentando percentiles elevados respecto a la población normal y en algunos casos respecto a una población con una disfunción psicósomática témporo-mandibular.

El perfil del funcionamiento psicosocial de los adolescentes chicos es más complicado de establecer. Mientras que los cuestionarios CDS, STAI, STAIC, no establecen problemas en el estado psicológico de los chicos adolescentes, las puntuaciones del SCL 90-R revelan problemas de ajuste psicosocial. El Índice Global de Gravedad (GSI) representa un percentil 90 respecto a una población no clínica aunque disminuye al percentil 50 cuando lo comparamos con una población con una disfunción psicósomática. Es decir, los adolescentes chicos, aunque en menor medida que en el caso de las chicas, presentan también problemas de ajuste psicosocial. En el caso de los chicos destaca la dimensión hostilidad. Estos resultados confirmarían las conclusiones alcanzadas en otros trabajos (Caro et al., 2005a, 2005b), los niños muestran en mayor medida una conducta de externalización del malestar psicológico, es decir, conductas de

ruptura de normas y agresividad. De este modo, los niños y niñas mostrarían patrones distintos en la manifestación del estrés emocional y el malestar psicológico.

Los datos de nuestra investigación señalan la existencia de problemas de tipo psicosocial en la muestra de pacientes estudiada, especialmente en el caso de las chicas, no encontrándonos con una población psiquiátrica pero sí con un número considerable de casos susceptibles de tratamiento psicológico. Existen datos que avalan esta teoría: 1) por una parte un número significativo de pacientes de la muestra (30%) ha buscado ayuda psicológica en el pasado de un modo independiente a la atención médica; 2) el 45% de los adolescentes fue derivado por el servicio de Reumatología Pediátrica al equipo de asistencia psicológica que se ocupa de esta investigación; y 3) un 50% de los adolescentes de la muestra considera que hubiera sido útil disponer de ayuda psicológica en el momento del diagnóstico y un 62,5% afirma que el tratamiento psicológico sería de utilidad en el momento actual (Coscollá et al., 2006).

Las diferencias de género encontradas coinciden con los resultados de la literatura. Las mujeres, en este caso mujeres adolescentes, somatizan más su dolor y preocupación que los hombres (González de Rivera et al., 2002) y también se sienten más depresivas y ansiosas. La diferencia de género ha sido bien establecida en la literatura (Caro, 2001). En la población general, en ausencia de un problema crónico de salud, las mujeres en nuestro país presentan una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos (Vázquez-Barquero, et al., 2002).

Nuestra investigación cuenta con diversas limitaciones. La primera de ellas hace referencia a la ausencia de un grupo control. Aunque consideramos que nuestros resultados tienen significado en el contexto en el que fueron obtenidos, la falta de datos acerca de un grupo control con el que establecer comparaciones disminuye su generalización. Las investigaciones futuras deberían tener en cuenta esta carencia, pudiendo así establecer comparaciones entre grupos control e incluso con adolescentes con otros tipos de enfermedades crónicas.

En nuestro estudio tampoco hemos podido controlar las posibles variables que intervienen

en el estado psicológico de los adolescentes. No podemos concluir que las puntuaciones obtenidas por los adolescentes se deriven de la enfermedad reumática y no de otros posibles variables intervinientes como son los problemas de desarrollo propios de la adolescencia, problemas escolares o familiares, o incluso la propia actitud hacia la enfermedad (LeBovidge, Lavigne y Millar, 2005). Como señalan Garrison y McQuiston (1989), una de las causas de los resultados contradictorios acerca de las repercusiones psicosociales de las enfermedades crónicas es la dificultad de establecer una relación simple y directa entre una enfermedad crónica y el funcionamiento psicosocial.

La insuficiencia más importante de nuestra investigación hace referencia al tipo de estudio llevado a cabo. Nuestro trabajo emplea una metodología transversal no longitudinal. De este modo, no hemos podido capturar la naturaleza e intensidad de los problemas de índole psicológica en momentos esenciales como son el debut de la enfermedad, la recepción del diagnóstico, recidivas, ingresos hospitalarios, pérdida de acontecimientos o actividades vitales para los adolescentes, picos en los efectos secundarios de la medicación, etc. En este sentido, coincidimos con Rapoff, McGrath, y Lindsley (2003) «aunque la investigación empírica disponible sugiere que los niños y adolescentes con artritis reumatoide juvenil no parecen tener un riesgo mayor de desarrollar problemas de ajuste psicosocial. Sin embargo, es posible que el riesgo haya sido subestimado debido a la minimización de las dificultades psicosociales o las variaciones en el funcionamiento psicosocial concomitante con los cambios en la gravedad de la enfermedad, difíciles de reflejar en los estudios transversales. Además, algunos niños tienen un riesgo mayor de padecer problemas de ajuste psicosocial (por ejemplo aquellos con enfermedades más graves) (p. 404)»

A pesar de las carencias previamente comentadas, nuestros datos apuntan la existencia de algunos problemas en el funcionamiento psicosocial de los adolescentes con enfermedades reumáticas, esto es así especialmente en el caso de las chicas. Necesitamos investigaciones futuras que nos permitan confirmar nuestros resultados preliminares. Rodríguez-Sacristán y Ro-

dríguez (2000) afirman que los niños y adolescentes con enfermedades crónicas infantiles presentan un mayor riesgo de padecer trastornos emocionales. En la literatura relativa a la artritis reumatoide juvenil LeBovidge et al. (2003), en una revisión empleando el meta-análisis y partiendo de los informes parentales, también concluyen que los niños y adolescentes con enfermedades reumáticas cuentan con un riesgo mayor de padecer problemas de adaptación psicosocial que su grupo control. Aunque los datos descritos en la literatura acerca de las enfermedades reumáticas se suelen referir a la infancia y la adolescencia como un conjunto, según Kyngäs (2000), los adolescentes con artritis reumatoide juvenil sienten que su enfermedad amenaza su bienestar social y emocional. Estos problemas emocionales incluyen miedo, culpa, vergüenza, depresión y ansiedad y son frecuentes entre los adolescentes con enfermedades crónicas en comparación con sus compañeros sanos.

Diversas investigaciones muestran la repercusión de los problemas emocionales en el estado de salud (Carmona, Pascual, Sánchez, Maldonado y Pereira, 2007 y Rueda y Pérez-García, 2007). De un modo específico, también se ha demostrado que el estado de ánimo y el estrés afectan el sistema inmune en los adultos sanos y en aquellos con artritis reumatoide (Palm, Hinrichsen, Barth, Halaba, Ferstl, Tolú et al., 1992, Zautra, Okun, Robinson, Lee, Roth y Enmanual, 1989; en Schanberg et al., 2000).

Tal y como indican Williams, Holmbeck y Greenley (2002), si es durante la adolescencia cuando se establecen los patrones de adherencia a las enfermedades crónicas que duraran toda la vida, es muy importante incrementar la investigación en la psicología de la salud de los adolescentes, tanto para mejorar su salud durante la adolescencia per se, como para optimizar las futuras trayectorias de salud en la etapa adulta. En este sentido, McDonagh et al. (2000) y Shaw, Southwood, y McDonagh (2004) enfatizan la importancia de desarrollar un modelo de atención sanitario destinado a ayudar a los pacientes adolescentes con enfermedades reumáticas a manejar la transición desde la infancia hasta la etapa adulta. Las intervenciones psicosociales destinadas a los adolescentes, con

unas condiciones médicas crónicas, se han centrado en una variedad de cuestiones clínicas que incluyen tratamientos encaminados a favorecer la adherencia, el ajuste psicológico, calidad de vida, afrontamiento del estrés, manejo del dolor, preparación para los procedimientos e intervenciones médicas e intervención en las relaciones familiares.

REFERENCIAS

- Beck, A.T., y Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Cabrera, P., Urrutia, B., Vera, V., Alvarado, M., y Vera-Villaruel, P. (2005). Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 115-124.
- Canning, R.D., Harris, E.S., y Kelleher, K.J. (1996). Factors predicting distress among caregivers to children with chronic medical conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 735-749.
- Carmona, J., Pascual, L.M., Sánchez, J.L., Maldonado, J.A., y Pereira, A. (2007). El papel de la amplificación somatosensorial en la predicción de síntomas respiratorios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 15-22.
- Caro, I. (2001). *Género y salud mental*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Caro, I., Coscollá, A., Calvo, I., y López, B. (2005a). Psychological consequences of rheumatic diseases for adolescents and their parents. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23, 88.
- Caro, I., Coscollá, A., Calvo, I., y López, B. (2005b). Evaluación psicológica de padres, niños y adolescentes con enfermedades reumáticas. *V Congreso Nacional de Reumatología Pediátrica*. Málaga.
- Coscollá, A., Caro, I., Calvo, I., y López, B. (2006). Percepción y principales consecuencias psicológicas de la enfermedad reumática en la adolescencia. *Boletín de Psicología*, 87, 7-34.
- Daniels, D., Miller, J.J., Billings, A.G., y Moos, R.H. (1986). Psychosocial functioning of siblings of children with rheumatic disease. *The Journal of Pediatrics*, 109, 379-383.
- De las Cuevas, C., y González de Rivera, J.L. (1991). Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Psiquis*, 12, 326-336.
- De las Cuevas, C., y González de Rivera, J.L., Henry Benitez, M., Monterrey, A.L., Rodríguez-Pulido, F., y Gracia Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, 7, 93-96.
- Derogatis, L.R. (1983). *The SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual -II*. Baltimore Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R. (1998). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA. Ed. 2002.
- Echeburúa, E. (1993). *Ansiedad crónica. Evaluación y tratamiento*. Salamanca: Eudema.
- Edo, M.T., y Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 79-90.
- Flores, E., Borda, M., y Pérez San Gregorio, M.A. (2006). SIDA y exclusión social: alteraciones emocionales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 37-49.
- Frank, R.G., Hagglund, K.J., et al. (1998). Adaptation to pediatric chronic illness: Biological and family contributors to adaptation in juvenile rheumatoid arthritis and juvenile diabetes. *Arthritis Care y Research*, 11, 166-176.
- Garrison, W.T., y McQuiston, S. (1989). *Chronic illness during childhood and adolescence*. Newbury Park: Sage.
- Gerhardt, C.A., Vannatta, K., McKellop, J.M., Zeller, M., Taylor, J., Passo, M., y Noll, R.B. (2003). Comparing parental distress, family functioning, and the role of social support for caregivers with and without a child with juvenile rheumatoid arthritis. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 5-15.
- Gerhardt, C., Walders, N., Rosenthal, S.L., y Drotar, D.D. (2004). Children and families coping with pediatric chronic illnesses. En K.I. Maton, C.J., Schellenbach, B.J., Leadbetter y A.L. Solarz (Eds), *Investing in children, families, and communities*. Washington: APA.
- González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M., y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Adaptación española. Madrid: TEA.
- Hafkenscheid, A. (1993). Psychometric evaluation of the symptom checklist (SCL-90) in psychiatric inpatients. *Personality and Individual Differences*, 14, 751-756.
- Holden, W.E., Chmielewski, D., Nelson, C.C., Kager, V.A., y Foltz, L. (1996). Controlling for general and disease-specific effects in child and family adjustment to chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 15-27.
- Kyngäs, H. (2000). Compliance of adolescents with rheumatoid arthritis. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 261-267.
- Lang, M., y Tisher, M. (1978). *CDS. Children's Depression Scale*. Victoria: ACER.
- Lang, M., y Tisher, M. (1983). *CDS. Cuestionario de depresión para niños*. Madrid: TEA. Ed. 2003.

- Lavigne, J., y Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, *17*, 133-157.
- LeBovidge, J.S., Lavigne, J.V., Donenberg, G.R., y Miller, M.L. (2003). Psychological adjustment of children and adolescents with chronic arthritis: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, *28*, 29-39.
- LeBovidge, J.S., Lavigne, J.V., y Miller, M.L. (2005). Adjustment to chronic arthritis of childhood: The roles of illness-related stress and attitude toward illness. *Journal of Pediatric Psychology*, *30*, 273-286.
- McDonagh, J.E., Foster, H.E., Hall, M.A., y Chamberlain, M.A. (2000). Audit of rheumatology services for adolescents and young adults in the UK. *Rheumatology*, *39*, 596-602.
- McDonagh, J., y Viner, R. (2004). Clinical presentations in different age groups. Adolescence and transition. En D.A. Isenberg, P.J. Maddison, P. Woo, D. Glass y F.C. Bredeveld (Eds), *Oxford Textbook of Rheumatology* (pp. 16-25). Oxford: Oxford University Press
- Noll, R.B., Kozlowski, K., Gerhardt, C., Vannatta, K., Taylor, J., y Passo, M. (2000). Social, emotional, and behavioral functioning of children with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, *43*, 1387-1396.
- Pelechano, V. (2005). Acerca de «afrentamiento» y «enfermedad crónica»: una reflexión ¿fundada? Con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *10*, 3-14.
- Pons, G., Frías, F., y del Barrio, M.V. (1994). Estudio psicométrico del State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC). *Psicológica*, *15*, 45-53.
- Rapoff, M.A., McGrath, A.M., y Lindsley, C.B. (2003). Medical and psychosocial aspects of juvenile rheumatoid arthritis. En M.C. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (pp. 392-408). New York: The Guilford Press.
- Reid, G.J., Lang, B.A., y McGrath, P.J. (1997). Primary juvenile fibromyalgia. *Arthritis y Rheumatism*, *40*, 752-760.
- Revenson, T.A., y Felton, B.J. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 344-348.
- Rodríguez-Sacristán, A., y Rodríguez, J. (2000). Las enfermedades infantiles como causa de estrés en el niño y la familia. Aspectos psicopatológicos de las enfermedades. En J. Rodríguez (Ed.), *Psicopatología infantil básica*. Madrid: Pirámide.
- Ross, C.K., Lavigne, J.V., Hayford, J.R., Berry, S.L., Sina-core, J.M., y Pachman, L.M. (1993). Psychological factors affecting reported pain in juvenile rheumatoid arthritis. *Journal of Pediatric Psychology*, *18*, 561-573.
- Rueda, B., y Pérez, A.M. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *9*, 205-219.
- Rueda, B., y Pérez, A.M. (2007). Estudio de la alexitimia y de los procesos emocionales negativos en el ámbito de los factores de riesgo y la sintomatología cardiovascular. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *12*, 105-116.
- Schanberg, L.E., Dandstrom, M.J., Starr, K., Gil, K.M., Lefebvre, J.C., Keefe, Affleck y Tennen, H. (2000). The relationship of daily mood and stressful events to symptoms in juvenile rheumatic disease. *Arthritis, Care and Research*, *13*, 33-41.
- Shapiro, J. (1993). Family reactions and coping strategies in response to the physically - ill or handicapped child: A review. *Social Science and Medicine*, *17*, 913-931.
- Shaw, K.L., Southwood, T.R., y McDonagh, J.E. (2004). User perspectives of transitional care for adolescents with juvenile idiopathic arthritis *Rheumatology*, *43*, 770-778
- Spielberger, C.D. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychological Press.
- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montuori, J., y Platzek, D. (1990). *STAIC. Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños*. Madrid: TEA. Ed. 2001.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychological Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1982). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.
- Spirito, A., DeLawyer, D.D., y Stark, L.J. (1991). Peer relations and social adjustment of chronically ill children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, *11*, 539-564.
- Teri, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *10*, 277-284.
- Timko, C., Stovel, K.W., y Moos, R.H. (1992). Functioning among mothers and fathers of children with juvenile rheumatic disease: A longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, *6*, 705-724.
- Vandvik, I.H. (1990). Mental health and psychosocial functioning in children with recent onset of rheumatic disease. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *31*, 961-971.
- Vázquez-Barquero, J.L., García, J., Artal, J., Iglesias, C., Montejo, J., Herrán, A., y Dunn, G (1997). Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health sources. *British Journal of Psychiatry*, *170*, 529-535.

- von Weiss, R.T., Rapoff, M.A., Varni, J.W., Lindsley, C.B., Olson, N.Y., Madson, K.L., y Bernstein, B.H. (2002). Daily hassles and social support as predictors of adjustment in children with pediatric rheumatic disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 155-165.
- Wallander, J.L., y Varni, J.W. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 1, 29-46.
- Williams, P.G., Holmbeck, G.N., y Greenley, R.N. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 828-842.
- Zeltzer, L., Kellerman, J., Ellenberg, L., Dash, J., y Rigler, D. (1980). Psychological effects of illness in adolescence. II. Impact of illness in adolescents - crucial issues and coping styles. *The Journal of Pediatrics*, 97, 132-138.