



AYUDAS A LA INVESTIGACIÓN 2020

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS ANTE LA ENFERMEDAD CRÓNICA EN LA ADOLESCENCIA:
LA FAMILIA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON PROBLEMAS ALÉRGICOS

MEMORIA FINAL
IP: Marián Pérez Marín
Valencia, OCTUBRE 2022

INFORME DE RESULTADOS

VALENCIA, 2022

INDICE

0. RESUMEN	3
I. INTRODUCCIÓN	4
1.1. La enfermedad alérgica	4
1.2. La familia del paciente adolescente alérgico	15
II. MÉTODO	25
2.1. Objetivos e hipótesis	25
2.2. Descripción de los participantes y criterios de inclusión/exclusión-Informe Intermedio	25
2.3. Procedimiento	27
2.4. Variables e instrumentos de evaluación	27
2.5. Análisis estadísticos	3
III. RESULTADOS	35
IV. DISCUSIÓN	58
V. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS Y CONCLUSIONES	63
VI. REFERENCIAS	66
VII. ANEXOS	104

Resumen:

La alergia es una de las principales enfermedades crónicas que afecta a la población pediátrica. A pesar de ser percibida como una enfermedad trivial, sus síntomas pueden tener un impacto en la vida cotidiana de los adolescentes y de sus familias, favoreciendo el desarrollo o mantenimiento de síntomas emocionales y disminuyendo la calidad de vida. A partir de una muestra formada por 121 cuidadores familiares principales de pacientes pediátricos adolescentes con enfermedad crónica alérgica (95,7% rinitis alérgica, 58,7% asma alérgico, 20,5% alergia alimentaria y 30,8% alergia cutánea, con una gran comorbilidad entre diagnósticos), se realizó un estudio transversal para evaluar y analizar las principales características psicológicas, familiares y de ajuste a la enfermedad en estas familias. La media de edad era de 45,78 años (DT=6,44), la mayoría de los cuidadores principales (74,70%) eran las madres. Según los resultados obtenidos, un elevado porcentaje de estos cuidadores familiares principales presentó altas tasas de ansiedad, depresión y estrés. También destaca que más de una cuarta parte de los progenitores informó de bajos niveles de resiliencia, suponiendo un déficit en la capacidad para tolerar cambios como el ajuste a la enfermedad de su hijo.

Nuestros datos indican que es necesario considerar las variables personales y relacionales en el ajuste a la enfermedad crónica alérgica durante la adolescencia. Un ambiente familiar cálido, optimista y relajado es muy importante en el ajuste de estas familias. El estado de salud física y mental de los cuidadores familiares puede influir directamente en la adaptación de estas familias a la convivencia con la adolescencia y con esta enfermedad. La detección de los factores salutogénicos puede ayudar a desarrollar programas multidisciplinarios de intervención que consideren a estas familias, los cuidadores y adolescentes, mejorando su salud física y mental, disminuyendo así el impacto personal, social y económico en los sistemas sanitarios.

I INTRODUCCIÓN

1.1. La enfermedad alérgica

1.1.1. Definición

La alergia se define como una reacción anormal de hipersensibilidad del sistema inmunitario ante determinadas sustancias inocuas, conocidas con el nombre de alérgenos, que generalmente no afectan a la mayoría de las personas (Naafs, 2018). Su manifestación abarca condiciones tanto agudas como crónicas, tales como: rinitis alérgica, asma alérgico, alergia alimentaria, dermatitis atópica o urticaria (Aarif & Al-Mohammed, 2015). Se trata de una enfermedad multifactorial, que incluye factores contaminantes ambientales, genéticos e inmunológicos (Higgins & Reh, 2012).

Los alérgenos son todas aquellas sustancias capaces de provocar alergia mediante la generación de un tipo de anticuerpo específico, la inmunoglobulina E (IgE). Se caracterizan por ser una sustancia extraña, por lo demás inocua para el resto de la población no alérgica (Bannon, 2004). Los alérgenos más comunes son: los ácaros del polvo, los pólenes de los árboles, hierbas y gramíneas, epitelios de animales como el perro o el gato, medicamentos, venenos, así como números alimentos como los frutos secos, los mariscos, el huevo, el trigo o la leche (Akdis & Agache, 2014; Kagan, 2003). Realmente se considera que cualquier sustancia puede ser un alérgeno siempre que cumpla una serie de condiciones. Según los postulados de Thommen (1931), para que un elemento sea considerado como alergénico debe cumplir cuatro características: estar presente en el medio ambiente, en una cantidad necesaria para producir síntomas, inducir la producción de IgE, y, por último, causar síntomas tras su inhalación, ingestión o contacto (Zubeldia, Senent, & Baeza, 2012).

1.1.2. Tipos de manifestaciones clínicas y sintomatología

Alergia respiratoria: rinitis y asma

Las enfermedades alérgicas de las vías respiratorias incluyen la inflamación de las capas internas de la nariz, así como de la inflamación y el estrechamiento de los bronquios. De hecho, se considera que la rinitis alérgica es un factor de riesgo relevante para el desarrollo de la enfermedad asmática (Jindal et al., 2012).

La rinitis alérgica se define como una enfermedad alérgica de la mucosa nasal caracterizada por: estornudos repetitivos, rinorrea (salida de fluidos por las fosas nasales

provocada por un incremento de las secreciones de moco) y bloqueo nasal (Okubo et al., 2017). Según la guía ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) (Bousquet, Van Cauwenberge, & Khaltaev, 2001), se clasifica en estacional (cuando los síntomas ocurren durante una época específica del año) o persistente (cuando se dan durante todo el año). La rinitis estacional suele estar causada por alérgenos identificables en el exterior como polen de los árboles, malezas y mohos, mientras que la rinitis perenne suele ser provocada por ácaros del polvo, animales y hogos (Fletcher, Corren, & Feldweg, 2011). Dicha variación también se ha asociado con el tipo de clima, así en climas templados la variación estacional sí puede ser una característica de la rinitis por las fluctuaciones asociadas en la exposición a los alérgenos en el ambiente, como el caso del polen. En contraposición, en climas tropicales, los síntomas de la rinitis suelen ser persistentes, puesto que dichos alérgenos son abundantes durante todo el año (Jaruvongvanich, Mongkolpathumrat, Chantaphakul, & Klaewsongkram, 2016).

Hay que destacar que la rinitis a menudo se presenta acompañada de conjuntivitis, es decir, inflamación de la conjuntiva ocular, por lo que se suele hablar de rinoconjuntivitis alérgica. Los síntomas alérgicos oculares incluyen: picor de ojos, lagrimeo, enrojecimiento, quemosis, edema palpebral y, en algunas personas, ojos secos (Akdis & Agache, 2014). A pesar de estar fuertemente asociados con la rinitis alérgica, los síntomas oculares a menudo no se diagnostican, al menos en formas leves, y, en consecuencia, no se tratan adecuadamente (Cibella et al., 2014). La conjuntivitis se reconoce cada vez más como un trastorno distinto que impone su propia carga tanto en los costos médicos como en la calidad de vida del paciente (Bielory, 2010).

El asmaalérgico hace referencia a una enfermedad crónica que implica la inflamación de las vías respiratorias, asociada a hiperreactividad bronquial y obstrucción variable del flujo aéreo debido a una reacción alérgica (Trisan, López, & Ussetti, 2014). Es importante tener en cuenta que no todas las personas que presentan asma tienen una alergia comórbida. La literatura indica que, en la mitad de los asmáticos, la alergia a algún agente externo influye de forma importante, por lo que en estos casos se habla de asma alérgico (Zubeldia et al., 2012). Normalmente, el desarrollo de asma en la infancia suele asociarse a la alergia, mientras que en la edad adulta suele ser independiente (Izquierdo-Domínguez et al., 2017). Por otra parte, la presencia concomitante de asma bronquial implica una mayor gravedad y duración de la enfermedad, peor control y respuesta al tratamiento médico de la rinitis, así como una mayor alteración de la calidad de vida (Valls-Mateus & Mullol, 2018).

Alergia alimentaria

El término alergia alimentaria hace referencia al conjunto de reacciones adversas que pone en marcha el sistema inmunológico contra las proteínas de los alimentos por la ingestión, el contacto o la inhalación de estos (Lebrero, 2010). Los alimentos más comunes que suelen producir reacciones alérgicas son: la leche, el huevo, los frutos secos, las frutas, los pescados, el marisco, el trigo o las legumbres (Garrido-Lestache & Rodríguez, 2012). La literatura indica que cuanto mayor es el número de alergias alimentarias que tiene un niño, mayor es su impacto para él y sus familiares, así como menores son los niveles de calidad de vida percibidos (Cummings, Knibb, King, & Lucas, 2010).

La manifestación clínica es variable, no estando vinculado con un órgano determinado, pudiendo afectar de forma simultánea a: la piel, el sistema respiratorio, el sistema cardiovascular y el tracto gastrointestinal (Kagan, 2003). Suele implicar cuadros agudos con diversa severidad, que pueden llegar a producir un cuadro anafiláctico (afectación multisistémica con implicación circulatoria que pone en riesgo la vida del sujeto) (Moneret-Vautrin et al., 2004).

Por otra parte, en base al mecanismo responsable, se distinguen dos tipos de alergias alimentarias: mediadas por Inmunoglobulina E (IgE) o mediadas por otros mecanismos inmunológicos en los que no participa la IgE (Álvarez, 2015). (Nota: el papel de la IgE se trata en mayor profundidad en el apartado 1.1.4. Etiopatogenia y factores de riesgo).

Alergia cutánea

Bajo el término alergia cutánea se engloban diferentes reacciones en la piel como consecuencia de una reacción alérgica, como son: la dermatitis atópica, la dermatitis por contacto y la urticaria. La dermatitis atópica está considerada como la enfermedad inflamatoria crónica más común en la piel (DaVeiga, 2012). Se trata de una afectación cutánea que implica la presencia de lesiones en la epidermis, así como un inevitable rascado que conduce a eczematización, sobreinfección y liquenificación (Varona et al., 2012).

La dermatitis por contacto implica una reacción de sensibilidad en la piel ante irritantes, tales como metales (níquel, cromo, cobalto), cosméticos, preservativos o tintes para el cabello (Mortz, Lauritsen, Bindselev-Jensen, & Andersen, 2001). Finalmente, la urticaria se define como una enfermedad cutánea que se manifiesta por la aparición de placas

eritematosas pruriginosas (ronchas que suelen picar), con una duración habitualmente de menos de 24 horas (Talesnik & Hoyos, 2006).

Alergia a medicamentos

Hablamos de alergia a medicamentos cuando se manifiestan reacciones adversas a fármacos en las dosis normalmente utilizadas (Thong & Tan, 2011). En función del tipo de mecanismo inmunológico de base (que debe ser demostrado), la alergia a medicamentos puede ser de dos tipos: de acción inmediata, si el mecanismo responsable es la IgE; o de acción retardada, si los síntomas son causados por linfocitos (Johansson et al., 2003).

Otras enfermedades alérgicas

Teniendo en cuenta que cualquier sustancia puede actuar como un alérgeno en las condiciones determinadas (Zubeldia et al., 2012), existen numerosos tipos de enfermedades atópicas como son: la alergia al látex o caucho (Cabañes et al., 2012); la alergia a insectos como: arañas, mosquitos o pulgas, donde destaca por su frecuencia la alergia al veneno de himenópteros (abejas, avispas y hormigas) (Garrido-Lestache & Rodríguez, 2012); o la alergia ocupacional, debida a la exposición a alérgenos en el lugar de trabajo (Moscatto et al., 2008), entre otras.

Una de las afecciones que merece especial atención por su gravedad es la anafilaxia. La anafilaxia se define como una reacción alérgica grave, multisistémica, de instauración rápida y potencialmente mortal (Sampson et al., 2006). Se habla de choque o shock anafiláctico cuando existe afectación circulatoria, constituyendo una situación de extrema urgencia (Álvarez, 2015). Las causas más frecuentes de anafilaxia son las reacciones adversas a alimentos, fármacos y picaduras de himenópteros (Brown, McKinnon, & Chu, 2001; Cosmes, Domínguez, & Ancillo, 2002). Cabe destacar que la posibilidad de presentar anafilaxia conlleva la necesidad de llevar adrenalina, produciendo una sensación continua de "riesgo" para las personas alérgicas (Amérigo, 2013).

Teniendo en cuenta las características de la muestra de nuestro estudio, en el presente trabajo vamos a profundizar más en las alergias respiratoria y alimentaria.

1.1.3. Datos epidemiológicos

Prevalencia

La alergia es una enfermedad común en todo el mundo tanto en adultos como en niños, y su prevalencia parece estar en aumento (Cibella et al., 2014). En Estados Unidos, entre 40 y 50 millones de personas padecen alguna forma de alergia (Pawankar, Canonica, Holgate, Lockey & Blaiss, 2013). En los países desarrollados, las cifras estimadas para las enfermedades alérgicas en población infanto-juvenil son de 15-20% para la dermatitis atópica, 15-20% para la rinoconjuntivitis, 7-10% para el asma y alrededor del 8% para la alergia alimentaria (Asher et al., 2006; Gupta et al., 2011; Ojeda, Ibáñez, Olaguibel, Sastre, & Chivato, 2018; Tang & Mullins, 2017). Sin embargo, a pesar de ser una de las afecciones crónicas más comunes, hasta hace poco la alergia se consideraba más una molestia que una enfermedad importante (Nathan, 2007). Al ser considerada una entidad carente de riesgo vital, está infravalorada e infradiagnosticada (Colás, De la Hoz Caballer, Rodríguez, & Roger, 2007).

Los datos epidemiológicos han mostrado un rápido aumento en la prevalencia de rinitis alérgica en las últimas décadas, especialmente desde la década de los 90 (Wang, Wu, & Lai, 2015). En España la prevalencia en edad pediátrica alcanza el 8% entre los 6-8 años y aumenta a más del 35% entre los adolescentes de 13-14 años de edad (Nieto et al., 2011).

Si nos centramos en el asma, señalar como hoy en día está considerada como la enfermedad crónica respiratoria más frecuente en niños y adolescentes (Alith et al., 2014). En nuestro país, las cifras fluctúan entre el 5,5 y el 15,4% de la población infantil (Trisan et al., 2014).

Por otra parte, la frecuencia de alergia alimentaria es tres veces mayor en niños que en adultos (Ojeda et al., 2018). Esto puede deberse a que algunas alergias, como al huevo o a la leche, a menudo se resuelven una vez hemos dejado atrás los hitos del desarrollo ligados a la infancia (Kagan, 2003). La enfermedad afecta a más del 1-2% de la población (Chafen et al., 2010).

Por último, la dermatitis atópica suele manifestarse en los primeros años de la vida, encontrándose antes de los 5 años en un 85% de los casos que la (Ibáñez et al., 2013). Aunque la prevalencia en niños todavía no está suficientemente clara, se ha señalado que su incidencia está en aumento (Marino-Sánchez, Valls-Mateus, & Mullol, 2018).

Distribución por edad y sexo

Comparando las diferentes patologías alérgicas en función de la edad de los pacientes, la literatura indica que la dermatitis atópica suele ser más frecuente en los menores de 5 años, el asma es más prevalente entre los 2 y 9 años, mientras que la tasa de rinitis alérgica es más elevada entre los 6 y 11 años (Hong et al., 2012).

En cuanto al sexo, en términos generales, las enfermedades alérgicas predominan en las mujeres (Fagan et al., 2001). Además, en ellas las afecciones alérgicas son más complejas, en comparación con las de los hombres (Marklund, Ahlstedt, & Nordstrom, 2004). Hay que matizar que, en el asma, la prevalencia de la enfermedad varía con la edad, existiendo un predominio masculino en la infancia (Dewolff, 2012) que cambia a una mayor prevalencia en las mujeres en la adolescencia y adultez (Marklund et al., 2004; Subbarao, Mandhane, & Sears, 2009).

Costes asociados

En la actualidad, la alergia se considera una carga significativa para la sociedad en términos económicos, con cifras que rondan entre los 5,3 y 20,9 billones de dólares (Bhattachryya, 2011; Pawankar, 2014). Los costes asociados a la condición alérgica se pueden dividir en tres categorías: costes directos relacionados con el cuidado y el tratamiento médico de la alergia; costes directos ocultos, cuando la alergia se considera un diagnóstico secundario en pacientes con otras enfermedades, tales como el asma o la sinusitis; y, por último, los costes indirectos, como la pérdida de días de trabajo o escuela y el decremento en la productividad como consecuencia de la enfermedad (Blais, 2003).

Comorbilidad

Las enfermedades alérgicas están frecuentemente relacionadas, compartiendo mecanismos epidemiológicos, fisiológicos, patológicos y terapéuticos (Alam, 2011). La existencia de sujetos con múltiples reacciones alérgicas, es decir, con múltiples enfermedades alérgicas, no es rara debido a que un paciente con una enfermedad alérgica tiene una mayor probabilidad de desarrollar otra enfermedad atópica (Hong et al., 2012; Zheng, Yu, Oh, & Zhu, 2011).

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que la rinitis y el asma coexisten frecuentemente, encontrando que el 75% de los pacientes con asma alérgica presentan rinitis (Leynaert, Neukirch, Demoly, & Bousquet, 2000). Por otro lado, la prevalencia de asma

en pacientes con rinitis es variable, desde el 10-15% en pacientes con rinitis estacional al 25-40% con rinitis persistentes (Bachert et al., 2004). En varios estudios se ha señalado que la rinitis alérgica es un factor de riesgo importante para el desarrollo de asma y que está asociada con el aumento de su gravedad (Cibella et al., 2014).

Por otro lado, los niños con alergias alimentarias tienen también múltiples comorbilidades atópicas, como el asma, el eccema o la rinitis (Gore et al., 2016). De hecho, la alergia alimentaria generalmente precede a la alergia respiratoria y puede ser un factor de riesgo para desarrollar rinitis alérgica o asma, convirtiéndose en un marcador clínico relevante a tener en cuenta (Marino-Sánchez et al, 2018).

Por último, la dermatitis atópica es un factor de riesgo importante en el desarrollo de reacciones alérgicas adicionales (Spergel, 2010).

Factores de riesgo

Existen diferentes factores de riesgos implicados en el desarrollo de la enfermedad alérgica, dada su etiología multicausal resultado de la interacción de diversos factores biológicos y ambientales (Higgins & Reh, 2012).

En relación con los factores genéticos, el riesgo de padecer una enfermedad atópica está estrechamente relacionado con los antecedentes familiares: riesgo del 47% -si ambos padres son alérgicos- y del 29% -si es únicamente un progenitor- (Mérida, 2001).

En cuanto a los factores ambientales, encontramos riesgo asociado con las exposiciones ambientales tanto externas (por ejemplo, humo de tabaco, pólenes, compuestos orgánicos volátiles o contaminantes debido al tráfico) como internas (tales como, ácaros del polvo, mascotas o humedades) (Akdis & Agache, 2014). En contraposición, fijándonos en la alergia alimentaria, la evitación temprana de alérgenos podría ser un factor de riesgo para desarrollar sensibilización (Nwaru et al., 2014).

Finalmente, como hemos indicado en el apartado anterior, la presencia de una enfermedad atópica supone un importante factor de riesgo para la aparición de otras afecciones alérgicas (Hong et al., 2012; Zheng et al., 2011).

1.1.4. Etiopatogenia

La rinitis alérgica y el asma alérgica fueron reconocidos en el siglo XIX, sin embargo, los mecanismos detrás de estas enfermedades no se comprendieron hasta el

descubrimiento del anticuerpo inmunoglobulina E (IgE) en la década de 1960 (Igea & Palomero, 2005). En la actualidad, la alergia está considerada como una enfermedad mediada por la IgE (Naafs, 2018). Los mecanismos de las células del sistema inmune que inducen la respuesta alérgica pueden dividirse en tres fases (Bellanti & Wallerstedt, 2000):

- Fase 1: Sensibilización

La sensibilización hace referencia al proceso por el cual un individuo se hace sensible a un alérgeno determinado después de un contacto continuado de varios días, meses o incluso años. Por tanto, es importante destacar la imposibilidad de presentar síntomas alérgicos en una primera exposición o contacto, independientemente de la existencia de predisposición genética. La sensibilización es debida a la acción de los linfocitos, que producen un anticuerpo denominado inmunoglobulina E (IgE) específico para ese alérgeno concreto (Skoner, 2001).

- Fase 2: Reacción alérgica aguda

Una vez sensibilizado, ante una reexposición posterior al alérgeno, la unión cruzada de anticuerpos de IgE con el alérgeno específico da lugar a la liberación de histamina y otras sustancias inflamatorias que provocan la reacción alérgica aguda. Es en la segunda fase del proceso donde aparecen por primera vez, tras unos 15-20 minutos después del contacto con el alérgeno, los síntomas alérgicos característicos (Hansen, Klimek, Mosges, & Hörmann, 2004).

- Fase 3: Reacción alérgica tardía

De cuatro a ocho horas después de la reacción inflamatoria, se produce una reagudización resultante de la atracción secuencial, migración y activación de una constelación de células inflamatorias e inmunológicamente reactivas sin la participación de un nuevo contacto con el alérgeno. Las reacciones inflamatorias tardías son las responsables de las secuelas tardías de la lesión inmunológica, es decir, de la inflamación crónica alérgica (Bellanti & Wallerstedt, 2000). Si existe exposición crónica y síntomas crónicos, es posible que el paciente no pueda asociar los síntomas con un desencadenante particular (Scadding, Kariyawasam, Scadding, & Clark, 2007).

Tal y como hemos mencionado en el punto anterior, a pesar de que en términos generales se afirma que las alergias se ven mediadas por la IgE, hoy en día se conoce que

existen mecanismos inmunológicos alternativos que no incluyen la participación de dicho anticuerpo, como es el caso algunas alergias alimentarias (Álvarez, 2015). Así, se han propuesto nuevas clasificaciones sobre las reacciones alérgicas y su relación con la IgE (Boyce et al., 2011).

Independientemente de los nuevos avances, el descubrimiento de la IgE ha tenido un impacto significativo en el diagnóstico y el manejo de la enfermedad alérgica, permitiendo a los médicos mejorar tanto en la diferenciación entre las enfermedades alérgicas mediadas por la IgE y otras reacciones de hipersensibilidad, como en el manejo de las enfermedades alérgicas de acuerdo con sus mecanismos subyacentes (Akdis & Agache, 2014).

1.1.5. Evaluación y Diagnóstico

La realización de un buen diagnóstico de alergia parte de la historia clínica del paciente, el examen físico de su estado actual y de los resultados de las pruebas alérgicas pertinentes (Wallace & Dykewicz, 2008). Dichas pruebas deben emplearse como una evidencia de los síntomas del paciente, para confirmar la hipótesis de diagnóstico o para evaluar la sensibilidad a un alérgeno (Blais et al., 2014). Los tests más relevantes son:

- Pruebas cutáneas: Las pruebas alérgicas tienen como objetivo la reproducción de la reacción de hipersensibilidad en la piel del organismo utilizando extractos alérgicos. De esa manera, se demuestra que una persona está sensibilizada a una determinada sustancia (Zubeldia et al., 2012). Existen diferentes tipos (Arruda, 2004):
 - Prick-test: es el tipo de prueba alérgica más extendida y realizada. Se utiliza para investigar la alergia mediada por la Inmunoglobulina E (IgE), también llamada reacción de hipersensibilidad inmediata. Consiste en poner una gota del extracto en la capa externa de la piel, normalmente en el antebrazo. Si hay sensibilización, la reacción genera una inflamación perceptible a simple vista en 15-20 minutos.
 - Prueba intradérmica: para algunos alérgenos, las pruebas de prick-tests son insuficientes, así que se utilizan las pruebas intradérmicas dada su mayor sensibilidad. Se recomiendan en casos de fármacos, venenos de himenópteros o en personas con una débil sensibilización. El procedimiento es similar al anterior, pero se realiza una inyección directa en el interior de la piel del paciente. Esta prueba permite investigar, además, la hipersensibilidad tardía (24, 48 e incluso 96 horas después).

- Prueba epicutánea o prueba del parche: se utiliza para alergias cutáneas como la dermatitis atópica o por contacto. En este caso, como su propio nombre indica, se coloca un parche o un apósito en contacto con la piel durante dos días con el fin de observar posibles reacciones.
- Pruebas respiratorias: cumplen con el objetivo de valorar si las vías respiratorias están obstruidas, inflamadas o se irritan con facilidad (Olaguibel & Álvarez, 2004). Destacan la espirometría (informa sobre el grado de obstrucción del bronquio a través de la cantidad de aire inspirado y espirado de forma forzada) y la rinometría acústica (informa sobre el grado de congestión nasal a través de las ondas sonoras tras la exposición a un alérgeno o para valorar la respuesta al tratamiento).
- Pruebas de provocación oral: se trata de la ingestión del alimento implicado en la relación alérgica bajo supervisión médica. La dosis inicial del alimento debe ser una cantidad inferior a la que produjo la reacción. Se utiliza para el diagnóstico inicial, conocer la dosis umbral de tolerancia, valorar tolerancia a alimentos con reactividad cruzada y como monitorización de la resolución de la alergia (Álvarez, 2015).
- Pruebas de laboratorio: consisten en análisis de sangre con el objetivo de confirmar la existencia de una reacción alérgica, así como identificar el alérgeno causante de la misma. Normalmente se cuantifican los niveles de IgE presentes (Zubeldia et al., 2012).

1.1.6. Tratamiento

En el ámbito del tratamiento de las alergias, si tenemos en cuenta que la alergia está relacionada directamente con la exposición a determinados alérgenos, una de las partes claves para el manejo de esta enfermedad es tomar medidas con el fin de evitar el contacto con los alérgenos (Naafs, 2018). Sin embargo, la efectividad real de las medidas de control ambiental está estrechamente relacionada con el tipo de desencadenante concreto, así como, con la cantidad de alérgenos a los que se está sensibilizado (Akdis & Agache, 2014).

A continuación, comentaremos brevemente algunos aspectos de los tratamientos habitualmente aplicados en estos enfermos.

Tratamiento médico

- Farmacoterapia: el tratamiento farmacológico incluye una serie de medicamentos para el tratamiento sintomático de las manifestaciones alérgicas. Todos ellos, en mayor o

medida, presentan efectos secundarios que hay que valorar y tener en consideración (Zubeldia et al., 2012):

- Antihistamínicos: son los fármacos más empleados en el tratamiento de las enfermedades alérgicas. Su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la histamina con el objetivo de realizar un tratamiento sintomático para disminuir síntomas nasales, oculares o dérmicos.
- Broncodilatadores: se utilizan tanto para el tratamiento agudo como de mantenimiento, con el objetivo de contrarrestar o evitar la aparición de sintomatología asmática. Los más importantes son los agonistas beta-adrenérgicos.
- Glucocorticoides: se utilizan por su potente acción antiinflamatoria e inmunosupresora. Están indicados para el tratamiento de las manifestaciones broncopulmonares, oculonasales y cutáneas de diversas enfermedades alérgicas, así como para el tratamiento de emergencia en reacciones graves.
- Inmunoterapia: la inmunoterapia específica con alérgenos es un tratamiento único puesto que, además de tratar los síntomas alérgicos, también actúa sobre su causa subyacente mediante la inducción de tolerancia inmunológica específica. Consiste en una inyección rutinaria, generalmente una vez al mes, durante 3 o 5 años, indicada a partir de los 6 años. En contraposición con la farmacoterapia, los efectos de la vacunación persisten después de la interrupción e incluyen la prevención de nuevas sensibilidades a otros alérgenos (Akdis & Agache, 2014).
- Adrenalina: se utiliza como un fármaco de emergencia en casos de anafilaxia. Es, por tanto, un medicamento complementario al tratamiento habitual reservado para una urgencia (Lebrero, 2010). A pesar de su importancia, algunos estudios que recopilan lo que refieren los pacientes, señalan que la adrenalina se indica menos de lo que sería conveniente y, en ocasiones, el entrenamiento al paciente en la práctica del autoinyector es deficiente (Ostblom, Egmar, Gardulf, Lilja, & Wickman 2008).

Tratamiento psicológico

Existe una creciente evidencia de los impactos psicológicos y sociales de las enfermedades alérgicas en los pacientes y sus familiares, así como una mayor conciencia de la carga económica y social que suponen estas alteraciones (Aarif & Al-Mohammed, 2015). Las enfermedades alérgicas rara vez afectan únicamente a la persona que la padece (paciente identificado). Así, es importante que los profesionales sanitarios coloquen

el foco de atención y cuidado tanto en el paciente como en sus familiares, valorando y tratando los posibles efectos físicos y psicológicos de la enfermedad alérgica y su manejo en todo el sistema familiar (Akdis & Agache, 2014).

Los pacientes con una enfermedad alérgica no solo requieren una evaluación en profundidad de sus problemas físicos y la prescripción de medicación y consejos apropiados para su uso correcto. Su condición también puede precisar la consideración y apoyo de los aspectos psicosociales ligados a las personas con alergia, siendo en este punto muy importante la prevención de la aparición o exacerbación de la clínica psicológica asociada o de problemas mentales secundarios consecuentes. Por todo ello, se hace necesaria la implantación de protocolos de evaluaciones, tipo screening, que permitan detectar en los sistemas de salud aquellos pacientes en riesgo de afectación psicológica, incluidos los niños con enfermedad alérgica, y la implementación de actividades bien de prevención primaria o de intervención (en aquellos casos en los que estas medidas sean requeridas) (Ryan et al., 2015).

En esta línea, la literatura científica ofrece una gran variedad de intervenciones utilizadas en la práctica clínica para ayudar a reducir la sintomatología psicológica presente (como son temores, preocupaciones y estrés de los pacientes), así como para mejorar sus mecanismos de afrontamiento. Algunas de estas intervenciones incluyen técnicas conductuales y/o cognitivas, técnicas de relajación, técnicas de comunicación y autorregulación emocional y el asesoramiento psicoeducativo (Ersner et al, 2014; Miller & Cohen, 2001).

1.2. La familia del paciente adolescente alérgico

La familia se considera como un sistema formado por diferentes componentes que interactúan y están sujetos a un cambio constante (Wright & Leahey 2013). La presencia de una enfermedad en un miembro de la familia puede tener un impacto en todos los miembros que la componen (Valero-Moreno et al, 2016), amenazando las funciones primarias del sistema relacional debido a la demanda de nuevos objetos y funciones de atención y cuidado (Suárez et al., 2010).

En un primer momento, el diagnóstico de una enfermedad alérgica suele suponer un momento de gran ansiedad e incertidumbre para los pacientes y sus familiares, que va seguido de un período de ajuste psicosocial en el que se comprenden los procedimientos y riesgos asociados a la condición de alérgico y se promueve el desarrollo estrategias de

afrontamiento (Cummings et al., 2010). La investigación sugiere que la adaptación a la enfermedad después del diagnóstico, lejos de estar relacionada con las características de la patología concreta, parece estar más determinada por factores individuales y familiares, siendo el entorno familiar el aspecto clave en la adaptación de los niños a la enfermedad crónica (Morawska, Calam, & Fraser, 2015).

Los jóvenes con enfermedades crónicas y sus familias deben cumplir con las exigencias del manejo de la enfermedad y, adicionalmente, lidiar con los desafíos del desarrollo adolescente (Williams et al., 2002). Los comportamientos normativos de dicha etapa, como la necesidad de mayor autonomía y los deseos de aceptación del grupo de pares, suelen implicar una disminución de la cercanía emocional, de las expresiones de afecto, y un deterioro en la comunicación entre el adolescente y su familia (Collins & Repinski, 1994; Oliva, 2006). Esto puede generar grandes fricciones en la dinámica familiar, especialmente si va unido a evitación de conflictos, rigidez y sobreprotección paterna (Chávez, 2012).

Durante la adolescencia, debido a la creciente independencia y mayor separación de las figuras de apego, la responsabilidad de la gestión de la enfermedad se transfiere de padres a adolescentes. Esto puede incrementar la probabilidad de que se den situaciones de riesgo (Monks et al., 2010). El ejemplo más destacado lo encontramos en el caso de la alergia a los alimentos, ya que en la actualidad se considera que la adolescencia es la etapa vital con mayor riesgo de muerte por anafilaxia debido a la ingesta accidental de alimentos (Akeson, Worth, & Sheikh, 2007; Bock, Munoz-Furlong, & Sampson, 2007; Gallagher, Worth, Cunningham-Bur, & Sheikh, 2012).

Por otra parte, se ha visto que la rinitis alérgica, el asma, la alergia alimentaria y la dermatitis atópica tienen un impacto en la vida cotidiana del sistema familiar, pudiendo favorecer el desarrollo o mantenimiento de síntomas psiquiátricos en los padres y disminuyendo su calidad de vida (Amaral, March, & Sant'Anna, 2012; Chromá & Slaný, 2011; Hamlett, Pellegrini, & Katz, 1992; Da Silva, Da Silva, Morales, Fernandes, & Pinto 2009). Además, la magnitud de los efectos adversos se ha relacionado con la gravedad de los síntomas, encontrándose correlaciones positivas entre la presencia de síntomas alérgicos en los hijos y las repercusiones psicológicas en sus padres (Hwang et al., 2019; Warschburger, Buchholz, & Petermannet, 2004).

1.2.1. Factores psicológicos en el cuidador principal

Independientemente de que la familia en su conjunto se vea afectada por el diagnóstico de la enfermedad, la responsabilidad de los cuidados del niño o del adolescente suelen recaer en un miembro específico de la familia. Se define como cuidador principal a aquella persona sobre la que recaen principalmente las tareas del cuidado (incluyendo la responsabilidad y gestiones para la toma del tratamiento) del enfermo (Islas, Ramos, Aguilar, & García, 2006; Horsch, McManus, & Kennedy, 2012; Seguí et al., 2008). Este rol suele estar representado por mujeres, siendo normalmente las madres las encargadas del cuidado, especialmente, en edad pediátrica (Gaite, García, González-Lamuño, & Álvarez, 2008; Lacasa, Lacasa & Ledesma, 2012). Las exigencias físicas, materiales, sociales y psicológicas pueden dar lugar a la sobrecarga del cuidador (López et al., 2009).

Presencia de psicopatología emocional: ansiedad y depresión

La evidencia indica que el cuidado de un niño con una enfermedad alérgica se asocia con niveles más altos de ansiedad y depresión en los padres, así como con la falta de sueño y la menor calidad de vida (Moore, David, Murray, Child, & Arkwright, 2006). De hecho, la presencia de un hijo asmático se ha visto asociada con un empeoramiento del clima familiar y con consecuencias negativas en la salud mental del cuidador principal familiar (normalmente, la madre) (Shalowitz et al., 2006). En esta línea, Warschburger, Buchholz y Petermannet (2004) señalan, por ejemplo, como el diagnóstico de dermatitis atópica en la infancia implica un gran impacto en el bienestar emocional y social de los padres (Warschburger, Buchholz, & Petermannet, 2004).

Por otro lado, se han encontrado, frente a madres de controles sanos: mayores niveles de ansiedad en las madres de niños con rinitis alérgica (Emin, Mustafa, & Nedim, 2009); mayores niveles de ansiedad y estrés en madres de hijos con alergia alimentaria (Amérigo, 2013); así como, mayores niveles de depresión en madres de niños asmáticos (Szabo, Mezei, Kovari, & Cserhati, 2010).

Los progenitores con clínica ansioso-depresiva se sienten menos capaces de lidiar de forma efectiva con su hijo y su enfermedad (Brown et al., 2006; Martínez, Pérez, Ramirez, Camino, & Rand, 2009; Sales, Fivush, & Teague, 2008). Estos cuidadores con clínica depresiva suelen presentar menores conocimientos sobre los tratamientos médicos requeridos y peor

adherencia a los mismos, lo que se traduce en un empeoramiento de los síntomas de la enfermedad y mayor riesgo de hospitalización en sus hijos (Park & Allen, 2012).

Por lo tanto, la salud mental del cuidador principal puede tener efectos directos e indirectos sobre el curso de las enfermedades alérgicas de sus hijos, a través de su contribución a un manejo más deficiente de la enfermedad pediátrica (Teyhan, Galobardes, & Henderson, 2014).

Por último, en relación con las variables de protección en los padres de hijos con enfermedades alérgicas, los estudios apuntan que los progenitores más jóvenes y con un mayor nivel de estudios tienen mayores niveles de bienestar emocional y de calidad de vida (Hwang et al., 2019).

Estrés

En la actualidad, el estrés psicológico se considera como uno de los aspectos más importantes a la hora de evaluar los niveles de adaptación y ajuste de los padres respecto al diagnóstico de su hijo (Johnson, Eiser, Young, Brierley, & Heller, 2013).

Múltiples estudios han demostrado la relación entre el estrés parental y la presencia de una enfermedad crónicas en los hijos, encontrando mayores niveles de estrés en cuidadores de niños con enfermedad crónicas en comparación con cuidadores de niños sanos (Hansen et al., 2012; Muller-Godeffroy, Treichel y Wagner, 2009; Patton, Dolan, Smith, Thomas, & Powers, 2011; Streisand, Braniekci, Tercyak. & Kazak, 2001). Además, el estrés parental producido por la enfermedad crónica se ha relacionado con la presencia de trastornos psicológicos de corte ansioso-depresivos en los progenitores (Driscoll et al., 2010; Hansen, Weissbrod, Schwartz, & Taylor, 2012; Patton et al., 2011).

En relación con las enfermedades alérgicas, la incidencia de asma o dermatitis atópica se ha visto asociada con un aumento considerable del estrés parental (Kim et al., 2017). En la misma línea que los resultados anteriores, los niños con rinitis alérgicas pueden considerarse como un factor estresante que produce malestar y estrés en sus madres (Emin, Mustafa, & Nedim. 2009).

Fijándonos en las diferencias en función del sexo del progenitor, en un estudio con pacientes alérgicos alimentarios pediátricos (King et al., 2009), las madres presentaron mayor ansiedad y estrés y una menor calidad de vida, en comparación con los padres.

Un aspecto interesante a tener en cuenta en estos casos es la reciprocidad existente entre el estrés parental y el estrés del niño, es decir, el contagio emocional. Se ha puesto de manifiesto que niveles elevados de estrés paterno actúan como una fuente de estrés para los hijos. De esto se deduce la importancia del estrés paternal, no solo con el fin de la mejora del estado psicológico del progenitor, sino como un factor que puede perjudicar de forma indirecta en el bienestar emocional y en el curso clínico de la enfermedad crónica pediátrica (Kim et al., 2017).

Resiliencia

El término resiliencia se define como la capacidad de una persona para enfrentarse a la adversidad, sobreponerse de ella, y salir fortalecido y con mayores recursos (Grotberg, 2001). En el ámbito familiar, la resiliencia designa los procesos de superación y adaptación que tienen lugar en la familia como unidad funcional (Walsh, 2004). El concepto ha cobrado un mayor interés en las últimas décadas, intentando esclarecer las características de las personas resilientes y los procesos subyacentes a nivel individual, familiar y comunitario (Bravo & López, 2017).

El diagnóstico de una enfermedad crónica siempre es un evento inesperado y traumático que desestabiliza a la familia (Grau-Rubio, 2013). Ante las situaciones de estrés, los padres intentan adaptarse poniendo en marcha estrategias de afrontamiento para poder resolver problemas y ajustarse a las nuevas demandas (Orbuck et al., 2005)

En el ámbito de las enfermedades crónicas pediátricas, la resiliencia hace referencia a los procesos de ajuste y adaptación de la familia a las exigencias de la enfermedad (Patterson, 2002). Según McCubbin y colaboradores (2002), existen varias características que favorecen la resiliencia en las familias con niños con enfermedades crónicas: rápida reorganización de la familia, apoyo de los profesionales sanitarios, apoyo social familiar y comunitario, y cambio en los valores familiares dando un nuevo sentido a la vida.

El cuidador primario se convierte en un miembro muy vulnerable debido a que su bienestar pasa a depender de la gravedad de los síntomas del enfermo, los apoyos sociales de los que disponga, así como la percepción sobre la carga que le supone la enfermedad de su hijo y las labores de atención y cuidado (Fernández et al., 2012; Grau & Fernández, 2010).

Fijándonos en las enfermedades alérgicas, la literatura indica la existencia de niveles elevados de resiliencia en los padres de niños con eczema atópico (Meintjes & Nolte, 2015)

y asma (Jones, Weinberg, Ehrlich, & Roberts, 2000). Asimismo, en general los progenitores de niños alérgicos presentan una gran disposición para incorporar medidas ambientales como parte de la gestión de la alergia y la protección de sus hijos (Alanne, 2012).

Respecto a las diferencias en función del sexo, pese a que las madres informan de una menor calidad de vida, existe un mayor empoderamiento en comparación con los padres (Warren, Otto, Walkner, & Gupta, 2016).

1.2.2. Factores de estilo de crianza y dinámica familiar

El control de las enfermedades alérgicas está inevitablemente asociado con un saludable funcionamiento psicológico familiar (Klinnert, Kaugars, Strand y Silveira, 2008). Los progenitores pueden actuar tanto como un factor de riesgo como de protección, en el ajuste a la enfermedad durante la adolescencia (Young, Lord, Patel, Gruhn, & Jaser, 2014).

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

Estilo de crianza parental

Tradicionalmente, la clasificación de los estilos parentales adoptaba una estructura categorial diferenciando cuatro tipos de crianza (autoritario, democráticos, permisivos e indiferente) a través de la combinación de las dimensiones de control-supervisión y afecto-comunicación (Maccoby & Martín, 1983; Parra & Oliva, 2006).

En la actualidad, las aproximaciones a los estilos educativos adoptan una visión dimensional, situando a los padres a lo largo de un continuo (Oliva et al., 2011). Así, es común la presencia de estilos mixtos y de cambios en el estilo, a lo largo de la trayectoria vital, en función del desarrollo del niño y de las variaciones en las situaciones cotidianas (Torio, Peña, & Rodríguez, 2008).

Entre las diferentes variables que forman parte de los estilos parentales, el afecto y la buena comunicación con los progenitores se ha relacionado con mejores relaciones sociales, más bienestar, mayor ajuste conductual y emocional (Oliva, Parra, & Sánchez-Queija, 2002). Por otra parte, el control conductual, es decir, la monitorización de los hijos por parte de los padres, suele tener efectos negativos tanto si no se da (ausencia) como si

se da en exceso (Baumrind, 1991; Lacomba-Trejo, Casaña-Granell, Valero-Moreno, Pérez-Marín, & Montoya-Castilla, 2018). El control entendido como el establecimiento de límites y la supervisión del comportamiento promueve el ajuste comportamental (Parra & Oliva, 2006). Por otra parte, el control psicológico, de tipo intrusivo y manipulador, se ha visto asociado con mayor malestar emocional y baja autoestima (Barber, 1996; Barber & Harmon, 2002). Asimismo, la promoción de la autonomía promueve el desarrollo positivo del adolescente (Barber & Harmon, 2002), encontrándose que un entorno que limite excesivamente esta necesidad, favorece la aparición de clínica psicológica en los adolescentes y futuros adultos (Ryan et al., 2015).

Fijándonos en diferencias en función del sexo del progenitor, la madre suele asumir el rol principal de cuidadora, proporcionando un mayor apoyo emocional, mientras que el padre se implica con mayor frecuencia en funciones de control sobre los hijos (Tur-Porcar, Mestre, Samper, & Malonda, 2012).

Los padres, así como otros cuidadores, proporcionan atención, cuidado y amor, y pueden promover un ambiente seguro para la exploración y el crecimiento. Así, los modelos de conducta positivos asociados a estilos de crianza parental más saludables, ejercen una gran influencia positiva en los comportamientos relacionados con la salud física y mental de los adolescentes (Dewolff, 2012).

Por el contrario, cuando las discusiones son resueltas mediante la sumisión o evitación en lugar de mediante el acuerdo y el compromiso, la relación entre padres e hijos no contribuye a la adquisición de habilidades de resolución de conflictos y toma de decisiones, tan necesarias en diversos aspectos de la vida y la salud (Conger, Williams, Little, Masyn, & Shebloski, 2009).

Cabe resaltar, además, que los estilos parentales también dependen de las características comportamentales de los hijos, observándose una influencia bidireccional (Kerr, Stattin, Biesecker, & Ferrer-Wreder, 2003; Musitu & Cava, 2001).

Respecto a las enfermedades crónicas, en términos generales, se puede afirmar que las pautas prácticas de crianza autoritarias se han asociado con un mejor control de la enfermedad, una mayor adherencia al régimen de tratamiento, así como a una mejor adaptación del niño (Monaghan, Horn, Alvarez, Cogen, & Streisand, 2012; Morawska et al., 2015). En contraposición, padres más permisivos suelen generar resultados más pobres en cuanto al ajuste de sus hijos a la enfermedad (Shorer et al., 2011). No obstante, el exceso en

el autoritarismo o la ausencia de permisividad en la crianza parental, contribuyen también a los problemas psicológicos en los hijos.

Fijándonos en las diferencias en función del sexo, la literatura ha destacado que son las chicas quienes sienten más control conductual, más afecto por parte de sus padres y muestran una mayor revelación de la información de forma abierta a sus progenitores (Moreno, Muñoz, Pérez, & Sánchez, 2006; Parra & Oliva, 2006; Shek, 2000).

Apego adulto

El apego es un vínculo afectivo intenso, duradero y recíproco que se construye desde el nacimiento a través de la interacción bebé-cuidador (Lafuente & Cantero, 2010). En dicha interacción, los padres tienen la función principal de proporcionar una base segura desde la que el niño pueda explorar, así como recurrir a ella en momentos de estrés o miedo (Garrido-Rojas, 2006). Según Marrone (2001), los vínculos tienen propiedades motivacionales puesto que promueven y mantienen la interacción de los sujetos con fin de obtener protección y garantizar la supervivencia (Guzmán & Contreras, 2012).

Existen diferencias individuales en la calidad del apego, lo cual determina los ciertos comportamientos y emociones. Según la clasificación propuesta por Bartholomew y Horowitz sobre el apego adulto en 1991, se diferencian cuatro tipos de apego: apego seguro (cómodo con la intimidad y autonomía), apego huido-alejado (evitador de la intimidad y contra-dependiente), apego preocupado (preocupado por las relaciones), y, por último, apego temeroso-hostil (temeroso de la intimidad y evitador social). Dichas categorías surgen del cruce de dos dimensiones con un polo positivo y otro negativo cada una: representación abstracta de uno mismo ("yo positivo" como digno de amor, frente al "yo negativo" como persona no merecedora de dichas cualidades) y representación abstracta del otro ("el otro positivo" como accesible, disponible, protector, frente a "el otro negativo", cuando no es de confianza).

El apego adulto es un factor clave que ha sido asociado con manifestaciones de disfunción psicológica (Alonso, Fernández, Fontanil, Ezama, & Gimeno, 2018). De hecho, la calidad del vínculo de apego puede causar un ambiente poco favorecedor para el ajuste, influyendo en las conductas y emociones de los hijos, así como en la salud del niño o adolescente (Casaña-Granell, Lacomba-Trejo, Valero-Moreno, Pérez-Marín, & Montoya-Castilla, 2018; Seino et al., 2012). Por el contrario, la presencia de apego seguro se ha

relacionado con una supervisión y vigilancia adecuada por parte de los padres y una mejor cooperación de los hijos durante el manejo de la enfermedad crónica (Kerns, Aspelmeier, Gentzler, & Grabill, 2001).

El apego adulto se ha estudiado en las enfermedades crónicas, observándose como: un apego seguro se relaciona con buenas habilidades de afrontamiento, resolución eficaz de problemas y creación de relaciones de apoyo, ayudando esto a optimizar las estrategias promotoras de salud; frente a los apegos inseguros y negativos, que pueden orientar a las personas a llevar una vida poco saludable y con una falta de cuidado personal (Rosenberg & Shields, 2009).

Cohesión y adaptación familiar

Los procesos familiares tienen una gran influencia en la salud de los adolescentes (Campell, 2003). Los padres son fundamentales para la vida familiar, y un buen estilo de crianza tiene el potencial de promover la salud, el bienestar y el desarrollo emocional y físico de los adolescentes (Gage, Everett & Bullock, 2006).

Uno de los modelos más relevantes sobre el funcionamiento familiar es el modelo circunplejo de Olson, Russel y Sprenkle (1983). Desde el mismo, se propone la existencia de 16 tipos distintos de familias en base a dos dimensiones principales, la cohesión y adaptabilidad familiar, y una tercera dimensión facilitadora denominada comunicación familiar (Pampliega, Castillo, Sanz & Galíndez, 2006).

La cohesión familiar se define como el vínculo emocional que los miembros de una familia tienen entre sí, encontrando familias desvinculadas, separadas, conectadas o enmarañadas. La adaptabilidad familiar hace referencia a la capacidad del sistema de cambiar su estructura, roles y reglas, distinguiéndose entre familias rígidas, estructuras, flexibles o caóticas. Por último, la comunicación familiar, como su propio nombre indica, engloba las habilidades comunicativas como la empatía o la escucha activa (Zegers, Larraín, Polaino-Lorente, Trapp, & Diez, 2003).

La literatura señala como niveles equilibrados de flexibilidad, cohesión y comunicación familiar influyen en una adecuada adquisición de estrategias de afrontamiento, un desarrollo óptimo de la autoeficacia por parte de los adolescentes, así como una reducción del estrés y los conflictos familiares (Monaghan et al., 2012; Muñoz, Montoya-Castilla, Pérez, & Prado-Gascó, 2015; Pérez-Marín, Montoya-Castilla, Lacomba-

Trejo, & Casaña-Granell, 2016; Rosland, Heisler, & Piette, 2012; Sherifali, Ciliska & O'Mara, 2009). Del mismo modo, las prácticas autoritarias, incongruentes o sin límites, así como un clima familiar frío e irascible, favorecen la aparición de problemas conductuales en los hijos (Jaser, 2010; Tur et al., 2004).

Finalmente, con respecto a los hallazgos relacionados con la enfermedad alérgica, encontramos, por ejemplo, como los padres con un hijo con dicha enfermedad se consideran a sí mismos como más ansiosos y sobreprotectores (Daud, Garralda & David, 1993; Warschburger, Buchholz, & Petermannet, 2004).

II. MÉTODO

2.1. Objetivos e hipótesis

Nuestro estudio tiene como objetivo general: identificar, ante la existencia de alergia pediátrica crónica, los perfiles de adaptación familiar que favorecen la salud psicológica y física de los cuidadores/familiares principales de pacientes pediátricos crónicos.

Nuestros objetivos específicos e hipótesis son:

- Objetivo 1: Estudiar y determinar las principales características psicológicas, familiares y de ajuste a la enfermedad de los cuidadores familiares principales de pacientes pediátricos con problemas de alergia crónicos.
- Objetivo 2: Analizar la relación existente entre las diferentes variables clínicas, sociodemográficas, psicológicas, familiares y de ajuste a la enfermedad alérgica.
 - Hipótesis 2.1. Habrá diferencias significativas en las variables psicológicas, familiares y de ajuste a la enfermedad de los cuidadores, en función de las variables sociodemográficas del cuidador y paciente y clínicas del paciente.
 - Hipótesis 2.2. Habrá una relación positiva entre los indicadores saludables de las variables psicológicas, familiares y de ajuste a la enfermedad de los cuidadores familiares.
- Objetivo 2.1. Analizar el papel que las variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel formativo, nivel económico) tienen sobre el bienestar y la salud psicológicos de los cuidadores familiares de adolescentes con EC alérgica
 - Hipótesis 2.3. Se esperan encontrar diferencias significativas en las variables psicológicas en función de las variables sociodemográficas (sexo, nivel formativo), y en las relaciones con la edad de los participantes y su situación económica. Se esperan mayores dificultades de salud psicológica en las mujeres y los participantes con niveles educativos más bajos, y menores dificultades de salud psicológica en los participantes de mayor edad y nivel socioeconómico.
- Objetivo 2.2. Analizar el papel que las variables clínicas (tipo de alergia, comorbilidad, tiempo desde el diagnóstico, severidad de los síntomas físicos y de las complicaciones, tiempo invertido en el cuidado, complejidad y tipo de tratamiento, visitas regulares a centros sanitarios, hospitalizaciones, ingresos en urgencias,

medicación...) tienen sobre el bienestar y la salud psicológicos de los cuidadores familiares de adolescentes con EC alérgica.

- Hipótesis 2.4. Se esperan encontrar diferencias significativas en las variables psicológicas en función de las variables clínicas analizadas (tipo de alergia, tiempo desde diagnóstico...). Se espera que más que el diagnóstico concreto de EC alérgica sea la alta frecuencia, intensidad, duración, cantidad o complejidad de las variables clínicas analizadas en los sujetos, lo que se relacione con la mayor presencia de dificultades de salud psicológica en los cuidadores familiares.

- Objetivo 3: Identificar los perfiles saludables de los cuidadores familiares principales de pacientes pediátricos con problemas de alergia crónicos.

- Hipótesis 3.1. Se espera encontrar que los perfiles saludables de los padres estarán caracterizados por un estilo de crianza familiar equilibrado y seguro, alta resiliencia, un nivel bajo de estrés percibido y baja psicopatología.

2.2. Descripción de los participantes y criterios de inclusión/exclusión-Informe Intermedio

La muestra del presente estudio está conformada por el cuidador familiar principal de un paciente pediátrico adolescente con enfermedad alérgica. Así, la muestra tendrá a la base los siguientes criterios: (1) pacientes pediátricos adolescentes con enfermedad alérgica diagnosticada desde hacía más de 6 meses que reciban tratamiento ambulatorio en la Unidad de Alergología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, y (2) sus cuidadores familiares principales, entendiéndose estos como el miembro de la familia que principalmente estaba a cargo de los cuidados del paciente alérgico.

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

Para llevar a cabo nuestro estudio, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

La muestra estuvo formada por cuidadores familiares de un total de 121 pacientes. Estos pacientes fueron 60,70% hombres (39,30% mujeres), con una media de edad de 13,91 años, DT= 1,44 (Figura 1). La muestra fue de un total de 121 cuidadores principales de pacientes pediátricos con enfermedades alérgicas. La media de edad era de 45,78 años (DT=6,44), encontrándose dentro de un rango comprendido entre los 31 y 58 años. La

distribución por parentesco mostraba una predominancia de madres (74,40%) sobre padres (21,60%).

2.3. Procedimiento

El presente trabajo de investigación financiado por la FEATF se enmarca en un equipo de investigación del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universitat de València. Para la correcta ejecución del proyecto, se dispone de un convenio de colaboración entre la colaboración del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y la Universidad de Valencia. También se cuenta con el aval del comité ético de la Universidad de Valencia y de la Fundación Investigación Hospital General Universitario de Valencia.

El procedimiento de recogida de datos fue llevado a cabo por componentes de dicho equipo de investigación en la Unidad de Alergología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Cuando se identificaba un adolescente con alergia que cumplía los criterios de inclusión anteriormente expuestos, el médico que lo atendía le planteaba la posibilidad voluntaria de participar en el presente proyecto.

Si estaban interesados, se avisaba a un miembro del equipo investigador. La psicóloga miembro del equipo investigador comunicaba a los participantes las características del estudio, asegurando el compromiso de la confidencialidad e informando sobre el registro de datos de carácter personal. Tras la firma del consentimiento informado, se entregaba al cuidador principal un dossier con los cuestionarios y se explicaban los aspectos que pudieran producir dudas a la hora de cumplimentarlo y procedía a ello. La evaluación se realizó en un solo pase, por lo que nuestro estudio tiene un diseño transversal de único momento temporal.

2.4. Variables e instrumentos de evaluación

2.4.1. Variables e instrumentos en pacientes adolescentes alérgicos

2.4.1.1. Variables sociodemográficas y médicas

Se han utilizado registros ad hoc para recoger información sobre las variables sociodemográficas y médicas. Estas variables fueron recogidas preguntando directamente a sus familiares y completando dicha información con el personal sanitario que habitualmente atiende a estas familias.

2.4.2. Variables e instrumentos en cuidadores familiares principales

2.4.2.1. Variables sociodemográficas y médicas

Se han utilizado registros ad hoc para recoger información sobre las variables sociodemográficas y médicas. Dichas variables fueron recogidas preguntando directamente al cuidador principal y completando dicha información con el personal sanitario que habitualmente les atiende.

2.4.2.2. Variables psicológicas y familiares

- Psicopatología

Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS):

Fue diseñada en el año 1983 por Zigmond y Snaith con el objetivo de desarrollar un instrumento de screening para la detección de pacientes con problemas de tipo emocionales (anexo 7.13).

El HADS se ha adaptado a múltiples idiomas (Risal et al., 2015; Yang, Ding, Hu, Zhang & Sheng, 2016), y aplicado a pacientes con distintas enfermedades físicas (Aherrera, Abrahan, Racaza, Train & Jara, 2016; 5. Macêdo, Appenzeller, & Costallat, 2018; Terol-Cantero, Cabrera-Perona & Martín-Aragón, 2015). Su amplio uso se debe a la información que aporta, a su fácil comprensión y la corta duración de su aplicación (Turk et al., 2015).

Está formada por 14 ítems que aportan una puntuación de "Malestar Emocional Global". Incluye dos subescalas: "Ansiedad" y "Depresión" (De las Cuevas y García-Estrada, 1995). De hecho, podemos considerarla como dos escalas independientes: una subescala de ansiedad (HADS-A) y una subescala de depresión (HADS-D). Ambas subescalas están compuestas por 7 ítems que se intercalan a lo largo del cuestionario (ansiedad ítems impares y depresión ítems pares) (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002). El formato de respuesta es de tipo Likert de tres niveles, con diversas opciones de respuesta según el ítem. Los ítems 2, 4, 7, 9, 12 y 14 son invertidos. El paciente debe contestar a las preguntas pensando en su experiencia durante la última semana.

Respecto a la interpretación de las puntuaciones, el rango de puntuación en las dos subescalas es de 0 a 21 (puntuaciones entre 8 y 10 indicativas de casos probables de ansiedad y/o depresión y valores superiores a 10 de un problema clínico). Por otro lado, la mayor puntuación posible obtenida en la escala de "Malestar Emocional Global" es de 42, y obtener valores superiores a 20 indicarían un diagnóstico clínico de malestar emocional.

Cabe destacar que los ítems que componen dicha escala evalúan principalmente la clínica cognitiva de la ansiedad y la depresión frente a la clínica somática (Castresana, Pérez y Rivera 1995), siendo este aspecto especialmente relevante en estudios cuyos sujetos cursan con un diagnóstico médico/somático significativo (como es el caso de las enfermedades alérgicas).

En cuanto a las propiedades psicométricas, en términos de consistencia interna y fiabilidad test-retest los resultados son adecuados (Galindo et al., 2015).

- Estrés del cuidador principal

Inventario Pediátrico para Padres Versión Breve (B-PIP): se trata de un instrumento desarrollado por Streisand (2001) con el objetivo de evaluar el estrés de los padres que estaban al cargo de un hijo con un diagnóstico de enfermedad crónica. En el presente estudio se ha utilizado la versión abreviada de la escala, validada en población española (Casaña-Granell et al., 2018). Concretamente, pretende identificar el origen y la causa del estrés de los padres, así como los períodos críticos de dolencia del paciente (Del Rincón, Remor y Arranz, 2006).

La escala abreviada está formada por 12, que corresponden a 12 situaciones que se consideran potencialmente estresantes relacionadas con el ámbito hospitalario a partir de los 42 ítems de la escala original. Al estar basado en el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984), los autores consideraron que era necesario diferenciar entre la frecuencia de ocurrencia de los estresores y el esfuerzo o grado de dificultad percibido por los padres. Así, los ítems se responden en relación a la frecuencia como al esfuerzo que suponen en un formato tipo Likert desde 1 "nada" a 5 "muchísimo". Los ítems se agrupan formando cuatro subescalas: "Comunicación" (ítems 2, 6 y 10), que se refiere a las situaciones en las que los padres deben transmitir aspectos de la enfermedad de sus hijos a familia, amigos o personal sanitario; "Cuidados médicos" (ítems 3, 7 y 11), relacionada con circunstancias de atención médica como pruebas, tratamiento o decisiones relacionadas; "Distrés emocional" (ítems 1, 5 y 9), referido a los sucesos que generan malestar, incertidumbre o preocupación por el futuro en el cuidador y en el hijo; y finalmente, "Rol familiar" (ítems 4, 8 y 12), que representan situaciones relacionadas con la pérdida del rol en el sistema familiar, con la pareja, el mundo laboral, el económico o el tiempo libre. Teniendo en cuenta que todos los ítems son directos, se pueden obtener dos puntuaciones: Total de Frecuencia y Total de Esfuerzo, para

cada una de las subescalas y para el instrumento en general. Las puntuaciones altas indican un mayor nivel de estrés.

La interpretación de las puntuaciones se realiza obteniendo los centiles. Es por ello que, en nuestro estudio, nos planteamos que los cuidadores situados entre los percentiles 65-100 presentarían niveles muy elevados de estrés ante el cuidado; aquellos entre los percentiles 35-65 se obtendrían en puntuaciones medias, y los que estuvieran por debajo del percentil 35, puntuaciones bajas (Casaña-Granell et al., 2018; Lacomba-Trejo, Casaña-Granell, Pérez-Marín, & Montoya-Castilla, 2017).

Los autores consideraron que esta escala, a pesar de ser desarrollada en población oncológica, podía ser utilizada en padres de hijos con otras enfermedades crónicas debido a las similitudes que se encuentran en cuanto a esta condición: dolor, hospitalización, visitas médicas, efectos secundarios de medicación o absentismo escolar entre otras, lo cual, además de perjudicar al paciente pediátrico, puede producir también estrés en sus padres (Del Rincón et al., 2007). Además, como señalan los autores Del Rincón, Remor y Arranz (2007), no se observó efecto del sexo del cuidador sobre las puntuaciones del cuestionario.

En el estudio original se obtuvo un coeficiente de fiabilidad de ,95 para la escala de frecuencia y de ,96 para la escala de esfuerzo (Streisand et al., 2001). En la versión reducida, se encontró una adecuada consistencia interna tanto para las escalas totales de frecuencia y esfuerzo ($\alpha = 0,78$ y $\alpha = 0,81$, respectivamente) como para las diferentes dimensiones (entre 0,42 y 0,77) (Casaña-Granell et al., 2018). En el presente trabajo se obtuvo también una adecuada consistencia interna: para la escala de Frecuencia ($\alpha = 0,81$) y para la escala de Esfuerzo ($\alpha = 0,80$)

- Resiliencia

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC-10):

Para evaluar la resiliencia se ha utilizado La Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, que fue creada por Connor y Davidson (2003) con el objetivo de evaluar la capacidad de enfrentarse al estrés y la adversidad. El CD-RISC-10 es una versión reducida del CD-RISC (Campbell-Sills & Stein, 2007). En este estudio se ha utilizado la versión en español de este (Bobes et al., 2001).

El cuestionario está considerado como uno de los instrumentos más importantes y más utilizados para la evaluación de la resiliencia (Khoshouei, 2009). Su fundamentación teórica está basada en la conceptualización de la resiliencia propuesta por Connor y

Davidson (2003), según la cual la resiliencia es una característica multidimensional que varía según el contexto, el tiempo, la edad, el sexo y el origen cultural, así como dentro de un mismo individuo al tener que enfrentarse a diferentes circunstancias en su vida.

La estructura multifactorial del CD-RISC, originariamente compuesta por cinco dimensiones, revelaba ciertas limitaciones (Notario-Pacheco et al., 2011). Debido a esto, se desarrolló una nueva versión unidimensional reducida a 10 ítems. El CD-RISC-10 presentan buenas propiedades psicométricas al igual que la versión extendida y es aplicable a diferentes culturas (Wang, Shi, Zhang, & Zhang, 2010).

El CD-RISC-10 está compuesto por 10 ítems, que deben ser contestados teniendo en cuenta el último mes, con un formato tipo Likert de 0 “totalmente en desacuerdo” a 4 “totalmente de acuerdo”. Los ítems reflejan la habilidad para recuperarse de la variedad de desafíos que pueden aparecer en la trayectoria vital, evaluando la capacidad del sujeto para tolerar cambios, problemas personales, enfermedades, dolor, presión o fracasos (Scali et al., 2012). Algunos ejemplos de ítems son “Sé adaptarme al cambio”, “Puedo manejar cualquier situación” o “Me defino como una persona fuerte”.

Como hemos indicado anteriormente, dichos ítems se agrupan formando una única dimensión. La puntuación total del cuestionario presenta un rango de 0 a 40, interpretando que a mayor puntuación mayor capacidad de resiliencia (Connor & Zhang, 2006). En el estudio de validación en muestra española, de personas de 18 a 80 años, las puntuaciones ≤ 27 se consideran como bajas, y las ≥ 36 como altas (Broche et al., 2012).

Fijándonos en las propiedades psicométricas, el instrumento presenta buenas propiedades psicométricas, con adecuados valores de consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez convergente y divergente (Campbell-Sills & Stein, 2007). Los resultados obtenidos con versión en español también se ajustan a lo esperado según el estudio original, encontrando que la consistencia interna es similar al estudio original ($\alpha = .85$ en las dos versiones) (Notario-Pacheco et al., 2011). En nuestro trabajo se obtuvo un valor de alfa de Cronbach igual a 0,84.

- Apego adulto

Cuestionario de Apego Adulto (CAA): El cuestionario de Apego Adulto es un instrumento creado por Melero y Cantero (2008) debido a la necesidad detectada de un instrumento específicamente adaptado a la población no clínica española (Golanó, 2015)

(anexo 7.16). Para su construcción se utilizaron todos aquellos constructos teóricos que caracterizan a los estilos de apego y que a su vez los diferencian cualitativamente unos de otros (Melero y Cantero, 2008).

Es un instrumento compuesto por 40 ítems con una escala de tipo Likert de 6 puntos (1 "completamente desacuerdo", 6 "completamente de acuerdo"), siendo los ítems 10, 25, 30 y 33 invertidos. Los ítems se agrupan formando 4 escalas: "Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo" (ítems 3, 7, 11, 15, 19, 23, 25, 28, 32, 37, 42, 44 y 46), implica necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo y problemas de inhibición conductual y emocional; "Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad" (ítems son 2, 5, 9, 13, 17, 20, 22, 27, 31, 35 y 39), hace referencia al resentimiento, ira, facilidad de enfado, posesividad y celos de la persona); "Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones" (ítems 1, 6, 10, 14, 29, 33, 36, 45 y 48), se recoge la capacidad de expresión de emociones, solución de problemas interpersonales y la sociabilidad; y, por último, "Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad" (ítems 8, 16, 21, 26, 30, 34 y 40), donde se refleja el menosprecio hacia las relaciones íntimas, la importancia de la independencia personal y el rechazo al compromiso.

A través de estas escalas y sus correspondientes puntuaciones obtenidas con los percentiles resultantes para la población española, se puede obtener una valoración tanto dimensional como categorial (estilo seguro, preocupado, huido-alejado, temeroso-hostil).

La posibilidad de realizar la clasificación categorial es una opción interesante. Las tres primeras categorías coinciden con los estudios previos (Bartholomew y Horowitz, 1991), pero la categoría de estilo temeroso hostil no coincide con la de los autores propuestos anteriormente, teniendo características de estilos alejado y preocupado. En este estudio, se ha optado por no utilizar esta clasificación tipológica debido a la dificultad de encuadrar a los sujetos en cada tipología (se ha de tener en cuenta la puntuación en las cuatro escalas y los baremos poblacionales) y la obligación incluir al sujeto en una categoría determinada siendo la obtención de categorías puras se hace bastante complicado. Teniendo presente lo anterior, se ha considerado útil emplear las escalas como instrumento alternativo para obtener información acerca de las diferentes dimensiones del apego. De esta manera, la dimensión "Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo" se utiliza como medida de apego inseguro de tipo ansioso; "Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad" como medida de apego inseguro de tipo evitativo; y, por último, "Expresividad emocional y comodidad con la intimidad" como medida de seguridad en las

relaciones. Es importante destacar que este instrumento no se indica expresamente que la persona presente un apego seguro, puesto que para llegar a hacer tal afirmación habría que realizar un estudio comparativo en profundidad de todas las dimensiones en conjunto.

En cuanto a los índices de fiabilidad, en el estudio original la escala de "baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo" obtuvo un índice de 0,86, la escala de "resolución hostil, de conflictos, rencor y posesividad" de 0,80, la escala de "expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones" de 0,77 y la de "autosuficiencia emocional e incomodidad" mostró una fiabilidad de 0,68 (Melero y Canterro, 2008).

- Cohesión y adaptación familiar

Escala de Cohesión y Adaptación Familiar (CAF-R): instrumento de autoinforme desarrollado por Olson (1985) con el objetivo de construir un instrumento de medida que evaluara las variables que forman la dinámica familiar, pudiendo ser administrada en cualquier tipo de sistema familiar.

El cuestionario CAF-R ha sido creado a partir del trabajo original de Portner (1981) y Bell (1982), la escala FACES I. A partir de dicho instrumento se han ido desarrollando diferentes versiones con el fin de facilitar su utilidad clínica y mejorar las propiedades psicométricas (Zegers et al., 2003). El trabajo desarrollado por Polaino-Lorente y Martínez Cano usando la FACES III (Olson, 1985) derivó en la formulación de una escala de 20 ítems (8 relativos a cohesión, 8 relativos a adaptabilidad y 4 referidos a los hijos), denominada CAF (Polaino-Lorente & Martínez, 1995).

La escala está basada en el modelo circunplejo de Olson, Russell y Sprenkle (1983). En un principio, dicho modelo constaba de dos dimensiones: "Cohesión", vínculo emocional que existe entre los miembros de una familia; y "Adaptabilidad familiar", es decir, la capacidad que tiene dicha familia para cambiar y amoldarse a los cambios (Pampliega, Castillo, Sanz y Galíndez, 2006). Más adelante se añadió otra escala llamada "Comunicación familiar", considerada como una dimensión facilitadora del cambio en la dinámica familiar si se introducen variaciones en las estrategias comunicativas de la familia. Las tres dimensiones, organizadas en un modelo circunplejo, dan lugar a la identificación de 16 tipos de familias que fueron descritas y dieron origen a la escala que nos ocupa (Zegers et al., 2003).

El cuestionario consta de 20 ítems en escala tipo Likert de cinco alternativas referidas a la frecuencia con la que ocurren las situaciones planteadas en cada ítem (1 "Casi nunca", 6 "Casi siempre"). Se distinguen 6 factores de primer orden (sobre los hijos, sobre la unión como sentimiento, sobre compromiso familiar, sobre la creatividad familiar, sobre la

responsabilidad y sobre la adaptación familiar) así como 2 de segundo orden (cohesión y adaptabilidad familiar). La cohesión o vínculo emocional que existen entre los miembros de la familia (ítems 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12 y 17) se obtiene a través de la suma de los factores de primer orden "sobre unión como sentimiento" y "sobre compromiso familiar". La adaptación familiar (ítems 8, 9, 13, 14, 15, 16, 18 y 20) se forma a partir de la suma de los factores de primer orden "creatividad familiar", "sobre la responsabilidad" y "sobre la adaptación familiar". Según la puntuación obtenida, las familias se clasifican en Enredadas/entrelazadas (37-40 puntos), Unida/vinculada (32-36 puntos), Separada/aislada (27-31 puntos) y Desprendida/no comprometida (8-26 puntos). En cuanto a la adaptación familiar, se obtiene mediante la suma de los factores de primer orden "sobre la creatividad familiar", "sobre la responsabilidad" y "sobre la adaptación familiar"; obteniendo cuatro tipos de familias: Caótica (33-40), Flexible (25-32), Estructurada (17-24) y Rígida (8-16). La corrección de todos los factores mencionados se encuentra en el anexo 7.18. Por último, a raíz de una combinación distinta de las dimensiones cohesión y adaptabilidad, se obtiene el factor de tercer orden: tipo de familia. Para llevar a cabo los análisis de regresión, dicha variable se codificó siguiendo la siguiente pauta: 1=desquilibradas/extremas; 2= medias; y 3= equilibradas/normales). Como resultado, a mayor puntuación en la variable tipo de familia, indicadores familiares más saludables.

La fiabilidad hallada para la escala completa ha sido de 0,78 (Polaino-Lorente & Martínez, 1994) y de 0,55 para la versión española (Zegers et al., 2003). En nuestro estudio, la fiabilidad para la escala completa fue de 0,40.

3.5. Análisis estadísticos

En el presente trabajo se utilizó el paquete estadístico SPSS 23.00 para Windows. Para dar respuesta a los objetivos de la investigación se hizo uso de las siguientes pruebas:

Estadísticos descriptivos: para facilitar la información que contienen los datos se realizaron frecuencias (Fr) y porcentajes (%), para informar de la tendencia central se utilizaron Medias (M), Medianas (Md) y Percentiles; y para indicar el grado de dispersión de los datos se obtuvieron Desviaciones típicas (DT).

Análisis de consistencia interna (fiabilidad): Se realizaron análisis de consistencia interna (Coeficiente alfa de Cronbach (α)) para cada uno de los instrumentos utilizados con el fin de estimar su fiabilidad.

Pruebas t Student para muestras independientes: para comparar las medias de las variables clínicas cuya variable independiente constaba solo de dos categorías. Se tuvo en todos los casos en cuenta si se cumplía o no el supuesto de homogeneidad de las varianzas.

Prueba Anova de un factor: se utilizó para realizar comparaciones de medias en el caso de que la variable independiente constara de más de dos. Se utilizaron pruebas post hoc Scheffe (si se asume la igualdad de varianzas) y Games-Howell (si no se asume).

Coeficiente de correlación de Pearson: para estudiar la posible relación entre las variables. Este coeficiente se interpreta de forma que se puede encontrar una covariación entre variables positiva (ambas variables se relacionan en el mismo sentido), una covariación negativa (relación entre las variables en sentido inverso) o una ausencia de covariación (las variables no están relacionadas) linealmente.

Análisis de regresión lineal por pasos sucesivos: se utilizó para explorar y cuantificar la asociación entre una variable criterio y varias variables predictoras, así como para desarrollar una ecuación lineal con fines predictivos. Existen diferentes métodos para seleccionar las variables independientes que debe incluir un modelo de regresión. En el presente trabajo se utilizó la modalidad de pasos "sucesivos", en él se empieza incluyendo pocas variables independientes en el modelo y va incluyendo una a una hasta que no quedan variables en el modelo que cumplan los criterios de entrada.

III. RESULTADOS

En el presente apartado se presentan los resultados obtenidos a través de los análisis realizados para cumplir con los objetivos marcados y dar respuesta a las hipótesis planteadas en la presente investigación.

3.1 Análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y clínicas

La muestra estuvo formada cuidadores familiares de un total de 121 pacientes. Estos pacientes fueron 60,70% hombres (39,30% mujeres), con una media de edad de 13,91 años, DT= 1,44 (Figura 1).

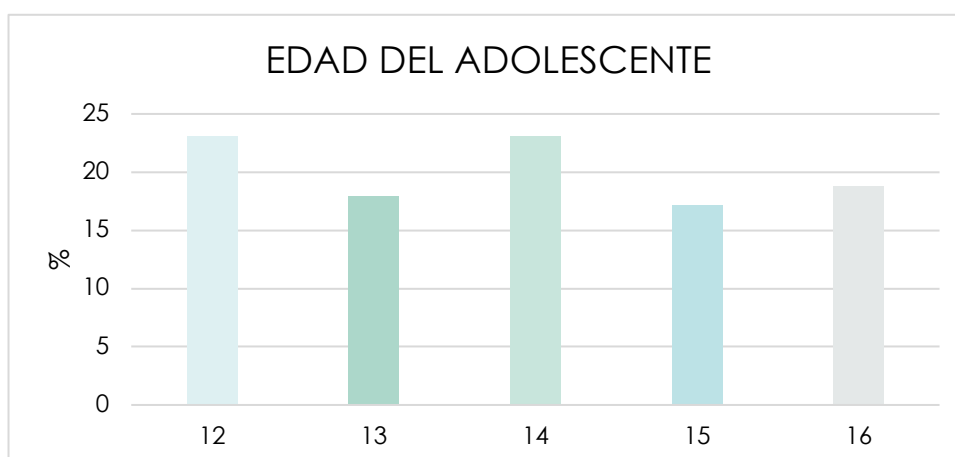


Figura 1: Distribución en porcentajes en función de la edad del adolescente con alergia

En cuanto al curso escolar, una gran mayoría cursaban Educación Secundaria Obligatoria (80,10%), un menor porcentaje cursaba Educación Primaria (9,60%), un 8,60% cursaba bachillerato, un 0,90% estudios de formación profesional y un 0,90% ciclo formativo medio.

Los diagnósticos principales de los pacientes fueron: rinoconjuntivitis alérgica (RCA) (95,70%), asma alérgica (ABA) (58,70%), dermatitis atópica (DA) (30,80%) y alergia alimentaria (AA) (20,50%). Además, encontramos 0,80% con alergia farmacológica (AF) y un 0,80% con urticaria grave por contacto. Se observó una gran comorbilidad entre diagnósticos observándose cómo el 63,40% de los pacientes que tenía RCA padecía ABA, además un 29,30% tenía DA y un 17,90% AA (Tabla 1).

Además de lo anterior, un 25% mostró un diagnóstico secundario, entre los que se dieron: celiaquía, anemia, cifosis postural, cefaleas tensionales, migrañas, disfagia, drenaje venoso pulmonar, soplo funcional, talasemia menor, trastorno de la pared torácica, escoliosis, herpes vírico, mononucleosis, nebus, obesidad y enfermedad de Crohn.

Tabla 1

Tabla de contingencia entre diagnósticos

	RINOCONJUNTIVITIS	ASMA ALÉRGICO	ALERGIA ALIMENTARIA	DERMATITIS ATÓPICA
RINOCONJUNTIVITIS	/	63,40	17,90	29,30
ASMA ALÉRGICO	100	/	19,70	32,40
ALERGIA ALIMENTARIA	83,30	58,30	/	29,20
DERMATITIS ATÓPICA	91,70	63,90	19,40	/

Respecto al tipo de tratamiento que recibían los pacientes, un 73,10% recibía actualmente tratamiento de inmunoterapia, habiéndola recibido durante dos años y medio aproximadamente ($M=2,43$; $DT= 2,17$). Además, un 25,90% había recibido previamente inmunoterapia. Generalmente habían ido dos veces a urgencias en el último año ($M=2,01$; $DT= 9,46$), pero no se habían quedado hospitalizados ($M= 0,15$; $DT= 0,53$). Un 22,50% recibía un tratamiento diario en concreto (Figura 2):

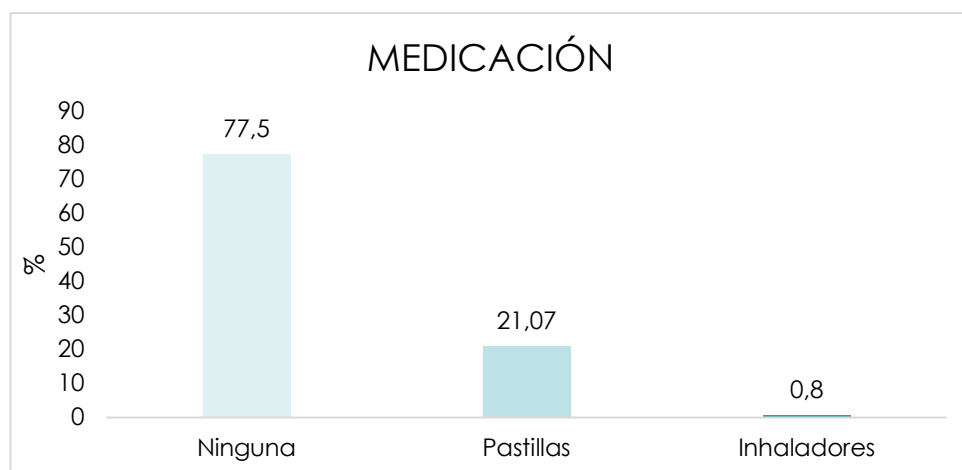


Figura 2: Tipos de medicación diaria tomada

Por último, se analizó la frecuencia de las visitas médicas, el 100% de los pacientes acudía anualmente a la consulta, y aquellos que recibían inmunoterapia asistían mensualmente a su centro de salud para poder acceder al tratamiento.

3.2. CUIDADORES Y CUIDADORAS PRINCIPALES DE ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA ALÉRGICA

3.2.1 Análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y clínicas

La muestra fue de un total de 121 cuidadores principales de pacientes pediátricos con enfermedades alérgicas. La media de edad era de 45,78 años (DT=6,44), encontrándose dentro de un rango comprendido entre los 31 y 58 años. La distribución por parentesco mostraba una predominancia de madres (74,40%) sobre padres (21,60%). Los/as cuidadores/as tenían de media 2 hijos ($M=2,25$, $DT=2,08$), siendo el mínimo 1 y el máximo 7 hijos. En referencia a su situación laboral, un 62,00% de ellos se encontraba en activo, el resto (38,00%) en no activo, más concretamente (Figura 3):

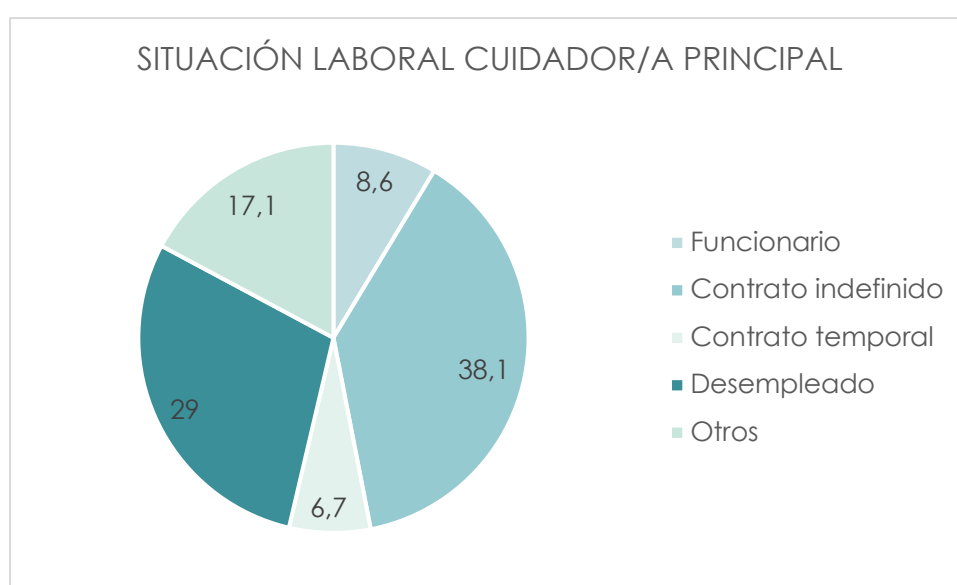


Figura 3: Porcentajes de situación laboral del cuidador/a principal

La mayoría de ellos había cursado estudios de bachillerato o formación profesional (37,00%), seguidos de graduado escolar (31,50%) y de estudios superiores (24,10%), un menor porcentaje (7,40%) no había completado sus estudios primarios.

En relación con el estado civil del cuidador/a principal la gran mayoría se encontraba casado/a, concretamente (Figura 4):

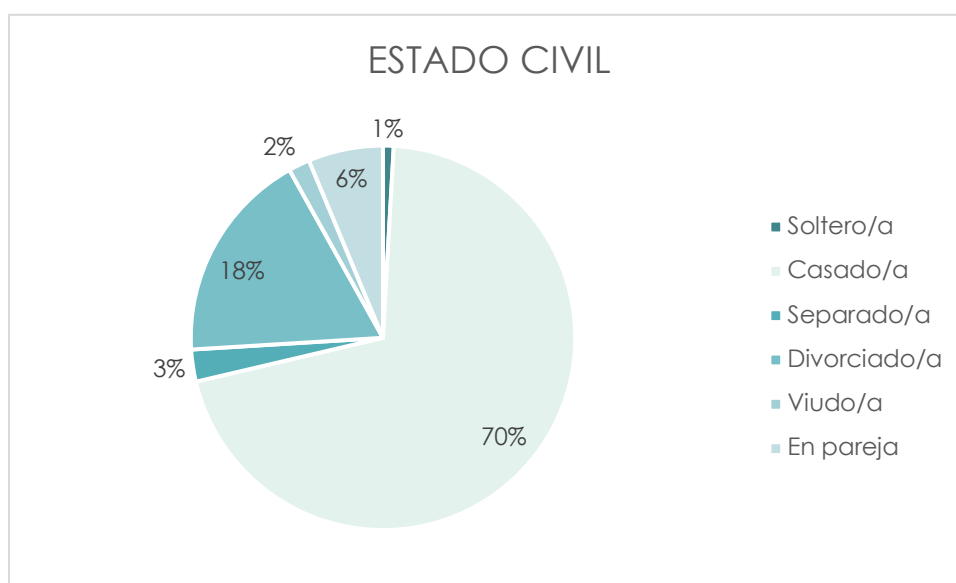


Figura 4: Porcentajes de estado civil del cuidador/a principal

Respecto a la renta anual que percibían las familias, encontramos que un 2,90% presentaba un nivel bajo-bajo (menos de 6.499€), un 8,70% un nivel bajo-medio (6.500€- 9.999€), un 22,30% bajo-alto (10.000€-15.999€), un 22,30% medio-medio (16.000€- 25.499€), un 35,90% medio-alto (25.500€-44.999€) y un 7,80% alto-medio (45.000€- 99.999€), no habiendo ningún caso que percibiera una renta superior a 99.999€ al año.

Un 27,60% de los cuidadores/as tenía otro hijo/a que necesitaba atención especial por alguna enfermedad, específicamente debido a: alergia (17,10%), epilepsia (1,60%), extrofia vesical (0,8%), fibrosis quística (0,8%), bronquiectasia (0,8%), talasemia menor (0,8%), tumor maligno (0,8%), TGD (0,8%), TDAH (0,8%) y TOC (0,8%). Además de lo anterior, un 33,00% convivía o había convivido regularmente con algún otro familiar con problemas alérgicos.

En cuanto a la salud física de los/as cuidadores, un gran porcentaje de ellos (43,80%) informó de un problema de salud física, que había estado presente al menos durante 6 años ($M=6,41$; $DT=10,23$). Entre ellos, un porcentaje importante padecía alguna patología alérgica (rinoconjuntivitis, asma alérgica y/o dermatitis atópica) (13,10%).

Otras enfermedades que estuvieron presentes en los cuidadores/as principales fueron: hipotiroidismo, faringitis crónica, migrañas, lumbalgia, varices, cervicalgia, lumbalgia, hipertensión, artrosis degenerativa, cáncer, celiaquía, intolerancia alimentaria, hipercolesterolemia, *elicobacter pílory*, hernia discal, celiaquía, enfermedad de Shore, enfermedad de Schuederman, esclerosis múltiple, espondiscitis. fibroadenomas mamarios,

cicitis crónica, hipertensión arterial, anemia, apnea, leucopenia, talasemia, cefaléas tensionales, hipertiroidismo, enfermedad renal crónica (transplantado).

Añadido a lo anterior, un 13,90% sufría un problema emocional, entre los que se encontraban: depresión mayor (9,60%), ansiedad generalizada (2,40%) y/o TOC (0,80%). Tanto en los problemas de salud física como emocional, se dio comorbilidad entre diagnósticos. Por los problemas anteriores los cuidadores recibían los siguientes tratamientos farmacológicos (Tabla 2).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de los tipos de fármacos ingeridos por los cuidadores principales y su frecuencia

	Nunca	Casi nunca	A menudo	Uno al día	Más de uno al día
Ansiolíticos	78,10	14,30	1,00	2,90	3,80
Analgésicos	37,40	33,60	18,70	3,70	6,50
Hipnóticos	79,00	11,40	1,00	6,70	1,90
Estimulantes	93,30	1,00	2,90	1,00	1,90
Antidepresivos	84,90	2,80	1,90	8,50	1,90
Antihipertensivos	90,50	0,00	0,90	6,60	1,90
Otros	75,00	3,00	1,00	17,00	4,00

3.2.2 Análisis descriptivos de las variables psicológicas del cuidador/a principal

Malestar emocional: ansiedad y depresión

Teniendo en cuenta el rango de puntuaciones establecido, los cuidadores familiares principales mostraron síntomas ansiosos de relevancia, pero la presencia de clínica depresiva y de problemas mixtos de sintomatología ansiosa y depresiva se dio de una manera más moderada (Tabla 3).

Tabla 3

Estadísticos descriptivos del malestar emocional de los cuidadores/as

	M	DT	Min.	Máx.	P25	P50	P75	Rango
F1. Sintomatología ansiosa	7,01	3,57	1,00	24,00	5,00	7,00	9,00	0-21
F2. Sintomatología depresiva	3,84	2,90	0,00	15,0	1,00	3,00	6,00	0-21
Problema de malestar emocional	10,91	5,52	1,00	32,00	7,00	10,00	14,00	0-42

Si categorizamos las puntuaciones en función de los baremos establecidos, observamos cómo un 40,30% de los cuidadores familiares principales muestra síntomas ansiosos, un 11,10% depresivos y un 4,70% un problema mixto de sintomatología ansiosa y depresiva (Figura 5).

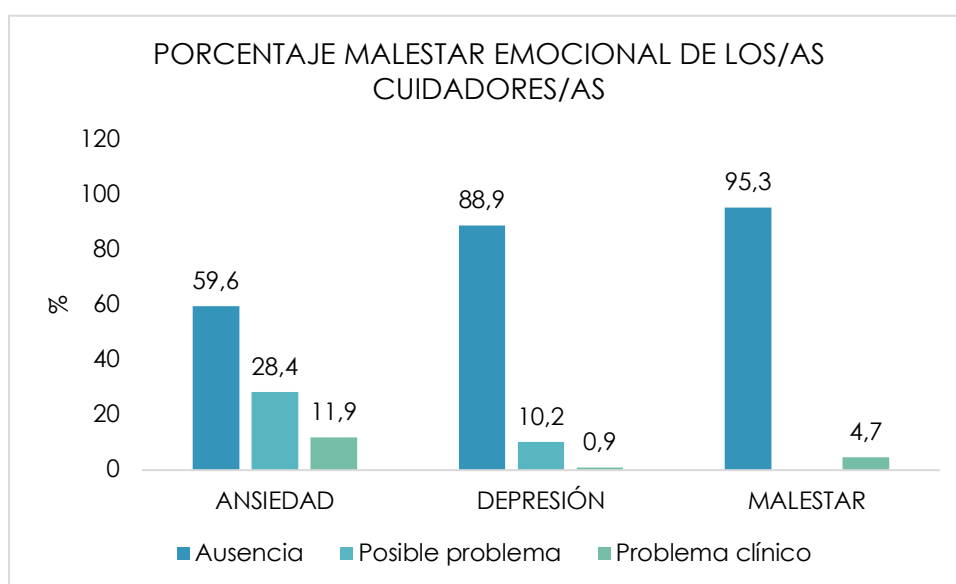


Figura 5: Porcentajes de las subescalas del HADS de los cuidadores principales

Estrés percibido del cuidador ante la enfermedad de su hijo

A continuación, pueden observarse las puntuaciones que se obtuvieron en cuanto a la frecuencia y el esfuerzo que le supone al cuidador principal afrontar las diferentes situaciones que derivan de los cuidados de su hijo/a con enfermedad alérgica, que se

valoró mediante la versión abreviada del cuestionario de estrés parental ante el cuidado (PIP-B; Casaña-Granell et al., 2018).

Las medias de las escalas (Tabla 4) fueron moderadas, sobre todo en cuanto a al estrés generado por la "Frecuencia" de aparición de situaciones ligadas al cuidado del paciente pediátrico, aunque, en la escala de distrés emocional, tanto en el factor "Esfuerzo" como "Frecuencia" presentan una puntuación moderada-elevada. Si atendemos a las escalas totales de estrés generado por la "Frecuencia" de aparición de situaciones ligadas al cuidado del paciente pediátrico y el estrés generado por el "Esfuerzo" que supone al cuidador las situaciones de cuidado, estos familiares mostraron medias moderadas, señalando así que el cuidador familiar está expuesto a situaciones estresantes, destacando la cantidad de veces que tenían que estar en contacto con profesionales sanitarios y la afectación que esto suponía para su vida diaria.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos del estrés parental de los cuidadores/as

	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango de puntuaciones escalas
F1.Comunicación Frecuencia	7,96	2,73	3,00	15,00	6,00	8,00	9,50	3-15
F1.Comunicación Esfuerzo	5,55	2,18	3,00	11,00	3,75	5,00	7,00	3-15
F2.Cuidados Médicos Frecuencia	9,94	2,49	3,00	15,00	8,00	10,00	12,00	3-15
F2.Cuidados Médicos Esfuerzo	5,44	2,43	3,00	13,00	4,00	5,00	7,00	3-15
F3.Distrés emocional Frecuencia	7,59	2,48	3,00	14,00	6,00	7,00	9,00	3-15
F3.Distrés emocional Esfuerzo	5,50	2,47	3,00	14,00	3,00	5,00	7,00	3-15
F4.Rol Familiar Frecuencia	7,05	2,29	3,00	15,00	5,00	7,00	9,00	3-15
F4.Rol Familiar Esfuerzo	5,04	1,89	3,00	11,00	3,00	5,00	6,00	3-15
F5.Total Frecuencia	32,27	7,85	16,00	52,00	27,00	31,00	38,00	12-60
F5.Total Esfuerzo	21,59	6,97	12,00	42,00	16,25	20,00	25,00	12-60

Resiliencia

Sabiendo que las puntuaciones ≤ 27 se consideran bajas y las ≥ 36 como altas (Broche et al., 2012), observamos cómo los cuidadores principales obtienen puntuaciones medias en resiliencia. Los estadísticos descriptivos de la escala de resiliencia se pueden observar en la Tabla 5).

Tabla 5

Estadísticos descriptivos resiliencia de los cuidadores/as

	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango de puntuaciones escalas
F1.Resiliencia	30,00	5,96	10,00	40,00	25,75	30,00	35,00	0-40

Si tenemos en cuenta los puntos de corte, observamos que más de un 30% presenta una resiliencia baja (Figura 6).

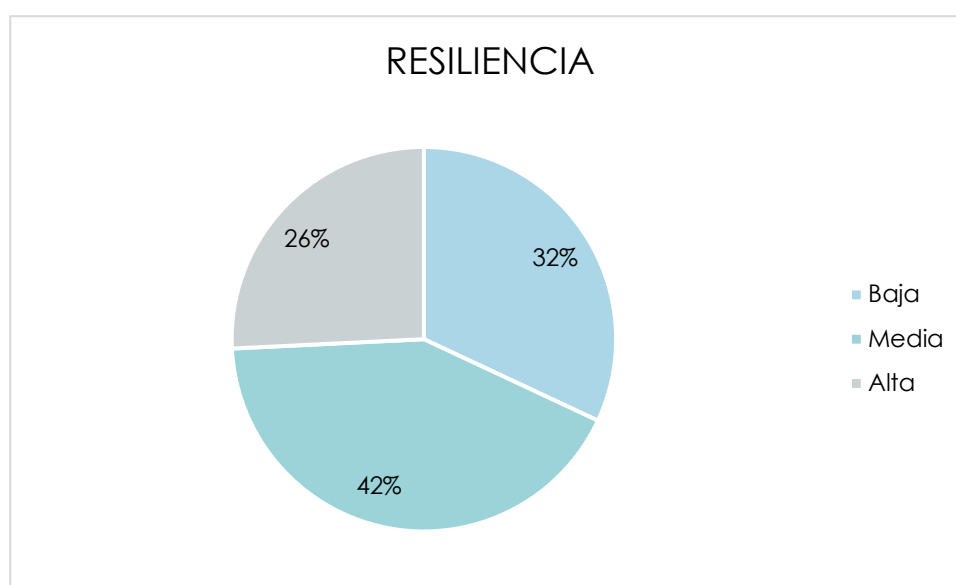


Figura 6: Porcentajes de la resiliencia de los cuidadores principales

Funcionamiento y características familiares

Para evaluar el funcionamiento y estilos educativos parentales se usó las escalas de cohesión y adaptación familiar del CAF (Olson, 1986), las cuales se obtienen a partir de los factores de primer orden: "sobre los hijos", "sobre la unión como sentimiento", "sobre el compromiso familiar", "sobre la creatividad familiar", "sobre la responsabilidad" y "sobre la adaptación a los problemas" (Tabla 6).

Tabla 6

Estadísticos descriptivos del funcionamiento familiar de los cuidadores/as

	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango
F1. Sobre los hijos	14,01	3,02	4	25	12,00	14,00	16,00	4-20
F2. Sobre la unión como sentimiento	12,92	3,17	7	16	12,00	13,00	15,00	3-15
F3. Sobre el compromiso familiar	17,20	3,20	9	25	15,00	17,00	19,00	5-25
F4. Sobre la creatividad familiar	10,47	2,34	5	15	9,00	11,00	12,00	3-15
F5. Sobre la responsabilidad	4,21	1,85	2	9	2,00	4,00	6,00	2-10
F6. Sobre la adaptación a los problemas	9,56	4,90	4	15	8,00	9,00	11,00	3-15
Cohesión	30,03	4,38	18	40	28,00	30,00	33,00	8-40
Adaptación	24,27	6,17	16	40	21,00	23,00	26,00	8-40

Respecto a la cohesión familiar, un 33,00% de los sujetos formaba parte de una familia con indicadores de cohesión saludables, caracterizada por niveles adecuados de proximidad emocional y un compromiso familiar en el que se alienta las interacciones entre los miembros, aunque se permite la distancia personal. Sin embargo, la mayoría de los sujetos a estudio (41,00%) tenía un sistema familiar caracterizado por una tendencia a una mayor separación emocional entre sus miembros, un acercamiento limitado y un compromiso familiar aceptable, pero manteniendo cierto distanciamiento personal. Además, un porcentaje importante de sujetos (20,00%) se agrupaban bajo una familia desprendida o no comprometida, en la cual la separación emocional es extrema y la interacción familiar y sensibilidad afectiva son infrecuentes (Figura 7).

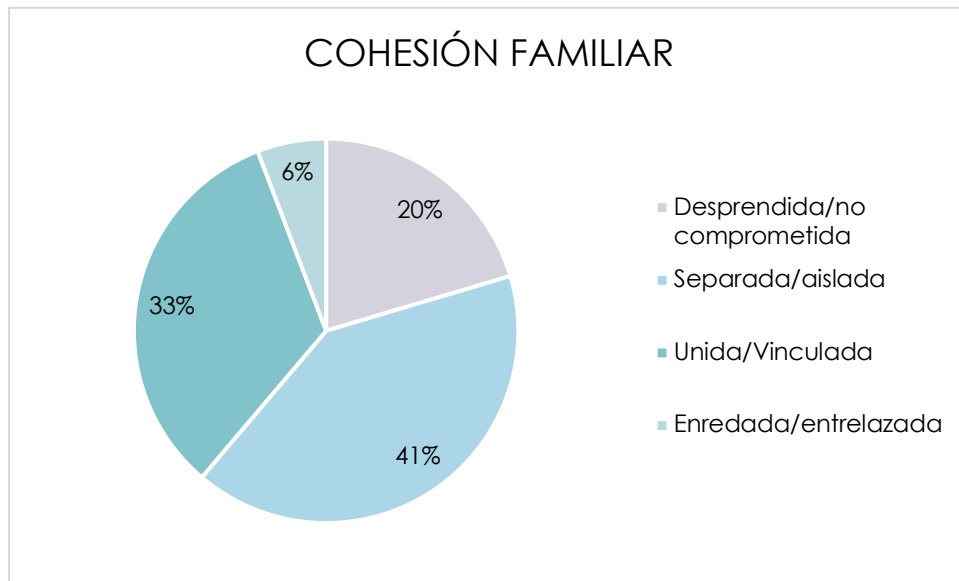


Figura 7: Porcentajes de tipos de familia en función de la cohesión familiar

En referencia a la adaptabilidad familiar, el 58,00% de las familias fueron estructuradas, se caracterizaban por negociaciones estructuradas donde las decisiones se toman por los padres y son aplicadas de forma firme y estable, donde los roles son definidos y el estilo de liderazgo es autoritario, pero hay cierto grado de igualdad, y en ocasiones, se da un estilo democrático. Seguidamente, el 38,00% pertenecía a una familia con patrones de negociación flexibles, acuerdo sobre las decisiones y roles compartidos entre los miembros, donde se daba un intercambio fluido y una disciplina democrática, aunque a veces permisiva. Por último, solo un 3,00% pertenecieron a familias caóticas y un 1,00% a familias rígidas (Figura 8).

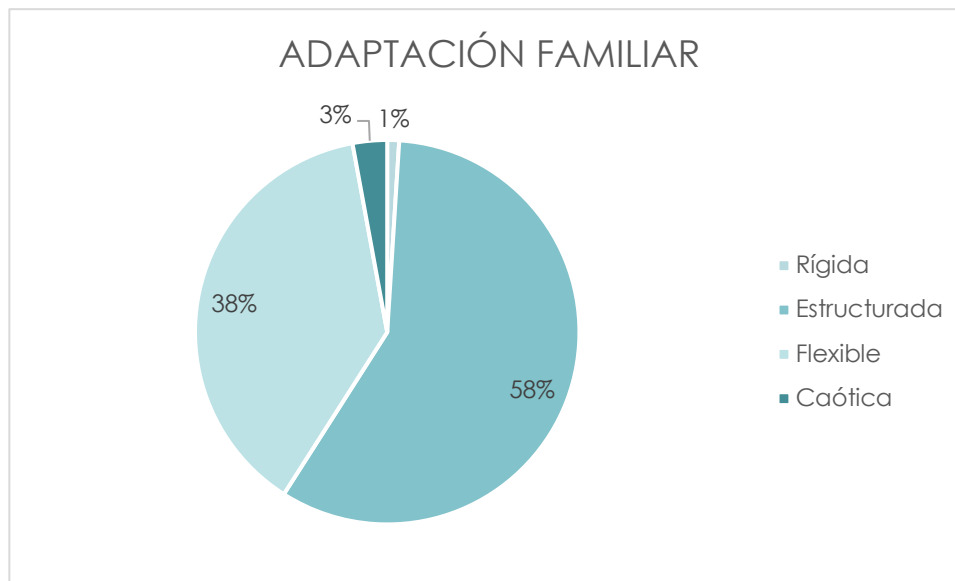


Figura 8: Porcentajes de tipos de familia en función de la adaptación familiar

Apego adulto

Observamos cómo los cuidadores obtuvieron puntuaciones moderadas en "baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo", lo que implica necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo y problemas de inhibición conductual y emocional, lo que se acompañó de puntuaciones medias en la subescala "resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad". Este factor hace referencia al resentimiento, ira, facilidad de enfado, posesividad y celos de la persona (Tabla 7).

Tabla 7

Estadísticos descriptivos del apego de los cuidadores/as

	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango
F1. Baja autoestima	35,10	10,72	16,00	78,00	28,00	33,50	40,00	13-78
F2. Resolución hostil de conflictos	27,50	8,12	13,00	33,00	21,00	26,00	32,25	11-66
F3. Expresión de sentimientos	43,62	9,03	23,00	54,00	40,00	44,00	48,00	9-54
F4. Autosuficiencia emocional	14,70	4,54	7,00	28,00	12,00	14,00	17,00	7-42

Además de lo anterior, mostraron puntuaciones medias en la subescala “expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones”, que recoge la capacidad de expresión de emociones, solución de problemas interpersonales y la sociabilidad. Por otra parte, informaron de una baja “autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad”, que contempla el menosprecio hacia las relaciones íntimas, la importancia de la independencia personal y el rechazo al compromiso (Tabla 7).

Fijándonos en la dimensión de baja autoestima, casi la mitad de los cuidadores informaron de niveles adecuados en dicha variable (46,50%), aunque un gran porcentaje obtuvo niveles moderados (42,40%) y elevados (11,10%). En cuanto a la distribución de los sujetos en la escala resolución hostil de conflictos, los cuidadores se concentraron en niveles bajos o moderados de rencor y posesividad, mientras que un pequeño porcentaje refiere una mayor tendencia al resentimiento, ira, facilidad para enfadarse y ser más celosos (6,90%). Alrededor del 20% de los cuidadores resultaron ser reservados y poco comunicativos mientras que el resto mostró una mayor expresión emocional y sociabilidad. Por último, un número reducido de cuidadores se refirieron a sí mismo como personas autosuficientes e independientes, con poca disposición a mantener relaciones íntimas, sin necesidad de aproximación y compromiso (9,60%). Por lo que, a partir de los resultados obtenidos, se podría decir que los cuidadores principales en general mostraron un estilo de apego próximo al seguro caracterizado por una buena autoestima y facilidad a la hora de relacionarse con los demás y expresar sus emociones, con puntuaciones moderadas en resolución hostil de conflictos y niveles moderados de autosuficiencia (Figura 9).

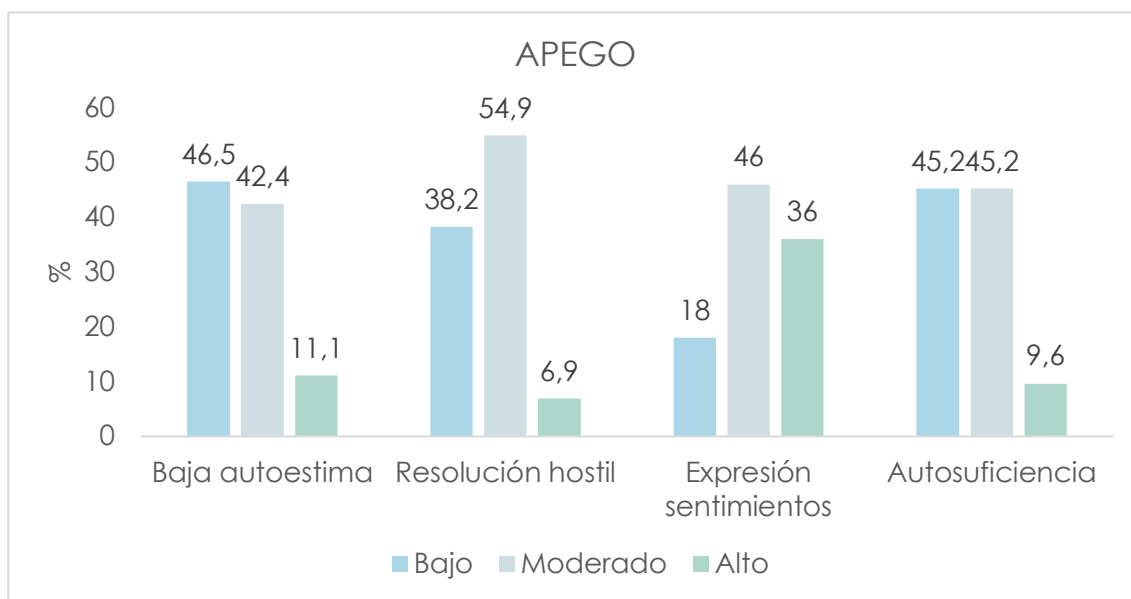


Figura 9: Niveles en las dimensiones de apego adulto

3.3. COMPARACIÓN DE MEDIAS DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS Y FAMILIARES EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y MÉDICAS

A continuación, pasaremos a presentar los resultados obtenidos a partir de las pruebas de comparación de medias realizadas en un único momento temporal. Dada la gran cantidad de análisis realizados en este apartado, solo presentaremos en las tablas aquellos datos que muestran los resultados en los que se obtuvo diferencias estadísticamente significativas.

Según el diagnóstico de los adolescentes

Como la mayoría de los pacientes presentó rinoconjuntivitis (95,70%), se comparó el impacto de presentar: asma bronquial o no, alergia alimentaria o no y dermatitis atópica o no. Por su parte, los cuidadores de adolescentes que tenían AB (frente a los que no) mostraron mayor estrés parental en forma de frecuencia de comunicación con los profesionales sanitarios ($t_{107}=2,67, p=,009$), frecuencia de cuidados médicos ($t_{107}=2,42, p=,017$), frecuencia de distrés emocional ($t_{106}=1,06, p=,049$) y mayor frecuencia de estrés total, es decir mayor cantidad de veces que tenían que exponerse a las situaciones médicas de cuidado ($t_{102}=2,46, p=,016$).

En referencia los cuidadores principales de adolescentes con dermatitis atópica mostraron: menor frecuencia de estrés en cuanto a los cuidados médicos ($t_{70,182}=2,02, p=,047$), menor esfuerzo en referencia al malestar emocional o las

preocupaciones relacionadas con el cuidado de sus hijos ($t_{96,20}=3,02, p=,003$), menor impacto de las pérdidas de rol familiar ($t_{88,19}=2,02, p=,047$), y menor impacto del estrés ante el cuidado en general ($t_{85,31}=2,16, p=,034$).

Según si los adolescentes reciben o no inmunoterapia

Los cuidadores de los adolescentes que **recibían inmunoterapia** mostraron: menos estrés en relación con el número de pérdidas sociales, familiares y laborales asociadas a la enfermedad de sus hijos ($t_{99}=2,38, p=,019$).

Según si los cuidadores tienen un problema de salud física

Los cuidadores que mostraron un problema de salud física, obtuvieron niveles de síntomas depresivos ($t_{97}=2,69, p=,008$) y de malestar emocional ($t_{96}=2,58, p=,011$) más elevados, así como un mayor número de situaciones en las que sentían estrés debido al cuidado de su hijo con enfermedad alérgica ($t_{98}=2,19, p=,031$), mayor número de veces que tenían pérdidas asociadas al rol familiar, laboral o social ($t_{97}=2,85, p=,005$) y un mayor número de veces que se sentían estresados en cuanto al cuidado de sus hijos con enfermedades alérgicas ($t_{93}=2,25, p=,027$).

Según si los cuidadores tienen un problema de salud emocional

Los cuidadores con un diagnóstico clínico de problemas de salud mental mostraron mayor sintomatología ansiosa ($t_{84}=2,55, p=,012$), depresiva ($t_{82}=2,66, p=,009$) y problemas de malestar emocional general ($t_{82}=3,18, p=,002$), mayor estrés parental ante el cuidado en forma de: mayor frecuencia ($t_{84}=2,25, p=,027$) y esfuerzo ($t_{83}=2,46, p=,016$), que les suponían los cuidados médicos, mayor cantidad ($t_{84}=2,28, p=,025$) de estrés y molestias asociadas ($t_{83}=2,18, p=,032$) con el cuidado, mayor cantidad de pérdidas de rol familiar, laboral y social ($t_{85}=2,61, p=,011$) y, en general, mayor número de situaciones asociadas con el cuidado que les estresaban ($t_{82}=2,74, p=,008$) y que generaban un mayor impacto emocional ($t_{82}=2,45, p=,016$).

Según si los cuidadores conviven con alguien más con enfermedad alérgica

En relación con aquellos cuidadores que convivían con otro familiar con enfermedad alérgica (añadido al paciente pediátrico que evaluamos), no encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguna comparación.

Según el nivel de estudios del cuidador principal

Al analizar las diferencias en función del nivel de estudios del cuidador encontramos un perfil de mayor ajuste a mayor nivel de estudios, en relación con el apego, observándose en los cuidadores patrones relacionales más sanos (Tabla 8).

Tabla 8

Comparación de medias en función del nivel de estudios del cuidador principal

	Graduado sin completar		Graduado en ESO		Bachillerato o FP		Estudios superiores				
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F	Sig.	Interpretación
CAA F2. Resolución hostil	21,63	3,93	28,14	8,16	26,06	7,75	29,92	8,45	2,73	,049	Graduado sin completar < ESO < Superiores

Nota= M= media; DT= desviación típica; F= valor de F; sig.= significación

Según el nivel socioeconómico

Si analizamos los resultados obtenidos al realizar la comparación de medias en función del nivel socioeconómico, se puede observar que los cuidadores familiares que tenían un nivel socioeconómico bajo-medio presentaron más estrés en cuanto al número de situaciones que perdían su rol familiar, social o laboral. Además de lo anterior, mostraron en general, más frecuencia de situaciones referidas al cuidado de sus hijos con enfermedades, que les provocaban estrés (Tabla 9).

Tabla 9

Comparación de medias en función del nivel socioeconómico familiar

	Bajo-Bajo		Bajo-Medio		Alto-Bajo		Medio-Medio		Medio-Alto		Alto-Medio		F	Sig.
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
PIP-B F4. Rol Familiar Frecuencia	2,11	0,77	3,48	1,16	2,43	0,78	2,17	0,58	2,37	0,85	2,04	0,45	4,21	,002
Total Frecuencia Estrés	2,92	0,25	3,38	0,40	2,72	0,62	2,57	0,69	2,66	0,71	2,49	0,56	2,43	,041

Nota= M= media; DT= desviación típica; F= valor de F; sig.= significación

Según el estado civil del cuidador

Si analizamos los resultados obtenidos al realizar la comparación de medias en función del estado civil, los cuidadores que estaban separados (frente a los que estaban divorciados o casados), mostraron más estrés en cuanto a pérdidas de rol familiar, laboral o social. En el resto de las comparaciones, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 10).

Tabla 10

Comparación de medias en función del nivel del estado civil del cuidador principal

	Soltero/a		Casado/a		Separado/a		Divorciado		Viviendo en pareja		Viudo/a		F	Sig.
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
PIP-B F4. Rol Familiar Frecuencia	6,00	-	6,79	2,13	11,00	3,46	7,24	2,51	7,29	1,98	8,50	0,71	2,92	,025
PIP-B F4. Rol Familiar Esfuerzo	3,00	-	4,79	1,86	7,67	0,58	5,53	2,00	5,86	1,46	5,00	1,41	2,49	,048

Nota= M= media; DT= desviación típica; F= valor de F; sig.= significación

Variables de relación y funcionamiento familiar

Para estudiar cómo las variables familiares y de apego adulto pueden influir en la adaptación y bienestar emocional en el cuidador principal, se utilizó la CAF, que se basa en el modelo Circumplejo de Olson (1986). De esta manera, se calcularon ANOVAs de un factor para las variables: cohesión familiar y para la variable adaptación familiar.

En los cuidadores, observamos diferencias en cuanto a la sintomatología depresiva y al malestar emocional general, encontrando que: mayores puntuaciones de sintomatología depresiva y de malestar emocional, en las familias desprendidas frente a las separadas. Del mismo modo, las familias desprendidas obtuvieron mayor malestar emocional que en las unidas. Observándose en general, como las familias que se encontraban en los patrones relacionales extremos, obtenían mayor psicopatología (Tabla 11).

Tabla 11

Comparación de medias en función de la cohesión familiar

	Desprendida/no comprometida		Separada/Aislada		Unida/vinculada		Enredada/entrelazada		F	Sig.
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
HADS F2. Depresión cuidadores	5,95	3,72	3,71	2,50	3,06	2,50	3,17	2,14	4,92	,003
HADS T. Malestar emocional cuidadores	14,35	7,29	10,24	4,64	10,24	4,45	10,17	3,43	2,08	,044

Nota= M= media; DT= desviación típica; F=valor de F; sig.= significación

3.4. ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE VARIABLES CLÍNICAS DEL PACIENTE Y DEL CUIDADOR PRINCIPAL.

En este apartado presentamos los resultados de las pruebas de correlación de Pearson. Se analizó la relación entre las diferentes variables psicológicas, tal y como se muestra en las Tablas, dada la gran cantidad de resultados que presentamos, en adelante mostraremos solo aquellos resultados que hayan sido estadísticamente significativos.

3.4.1 Cuidadores principales

En adelante se presentan las asociaciones entre variables de los cuidadores principales. Solo se comentarán aquellas asociaciones estadísticamente significativas (Tabla 12).

En primer lugar, en relación con las variables sociodemográficas encontramos que aquellos cuidadores más jóvenes presentaron más situaciones de estrés en la comunicación con el personal sanitario ($r=-,225$, $p<,05$) así como más frecuencia de situaciones estresantes en relación con el cuidado de su hijo con alergia ($r=-,221$, $p<,05$). Por otra parte, la resolución hostil de los conflictos se asoció con la baja autoestima, la necesidad de aprobación y el miedo al rechazo ($r=,293$, $p<,01$), así como con la autosuficiencia emocional ($r=,293$, $p<,01$). Una mayor edad del hijo se asoció con mayor cantidad de veces que los padres sentían estrés durante la comunicación con el personal sanitario ($r=,247$, $p<,01$). El tiempo desde el diagnóstico y tratamiento no se asoció de forma estadísticamente significativa con las variables psicológicas de los cuidadores principales. Pero un mayor tiempo en inmunoterapia se asoció con un menor distrés emocional ($r=,242$, $p<,05$) y con una mayor resiliencia en los padres ($r=,242$, $p<,01$).

En líneas generales, el desajuste emocional (presencia de psicopatología o de estrés ante el cuidado del hijo con alergia), se asoció con estilos de vinculación afectiva más inseguros caracterizados por baja autoestima, necesidad de aprobación, resolución de conflictos hostil, menos expresión de las emociones y menos comodidad con la intimidad, así como con una menor resiliencia. Aquellos cuidadores que padecían más estrés ante el cuidado de sus hijos adolescentes con alergia, también padecían más ansiedad, depresión y malestar emocional general.

Tabla 12

Asociaciones entre variables en los cuidadores familiares de adolescentes con alergia (II)

		HADS				CAA				PIP								CD- RISC
		AN	DE	MA	BA	EE	AE	COF	COE	CUF	CUE	RF	RE	DF	DE	TF	TE	RE
HADS	Ansiedad	1																
	Depresión	,442**	1															
	Malestar	,881**	,814*	1														
CAA	Baja autoestima	,390**	,341*	,430**	1													
	Expresión emocional		-,200*			1												
	Autosuficiencia emocional	,209*		,196*	,309**		1											
PIP	Comunicación (F)	,314*	,270**	,379**	,216*			1										
	Comunicación (E)	,237*	,204*	,253**	,240*			,439**	1									
	Cuidados médicos (F)	,310**	,199*	,331**			,253**	,568**	,277**	1								

	HADS				CAA				PIP								CD-RISC
	AN	DE	MA	BA	EE	AE	COF	COE	CUF	CUE	RF	RE	DF	DE	TF	TE	RE
Cuidados médicos (E)		,245*	,220*	,242*	-,195*			,469**	,268**	1							
Rol familiar (F)	,225*	,246*	,321**				,378**	,378**	,535**	,412**	1						
Rol familiar (E)	,230*	,288**	,294**	,269**		,273**	,233*	,515**	,288**	,378**	,502**	1					
Distrés emocional (F)	,230*	,417**	,372**	,226*		,194*	,436**	,370**	,440**	,603**	,462**	,325**	1				
Distrés emocional (E)		,287**	,229*	,345**	-,281**			,397**		,257**		,386**	,475**	1			
Total estrés (F)	,362*	,361**	,450**	,245*		,240*	,789**	,473**	,818**	,823**	,756**	,429**	,744**	,240*	1		
Total estrés (E)	,233*	,332**	,318**	,357**	-,245*	,201*	,220*	,759**	,315**	-,239*	,352**	,715**	,503**	,795**	,441**	1	
Resiliencia	-,235*	-,289**	-,290**	-,246*	,369**			-,209*					-,287**	-,197*		-,258**	1

Nota: AN= ansiedad, DE= depresión, ME= malestar emocional; BA= baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; EE= expresión emocional y comodidad con las relaciones; AE= autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad; COF= comunicación frecuencia; COE= comunicación esfuerzo; CUF= cuidados médicos frecuencia; CUE= cuidados médicos esfuerzo; RF= rol familiar frecuencia; RE= rol familiar esfuerzo; DF= distrés emocional frecuencia; DE= distrés emocional esfuerzo; TF= total estrés frecuencia; TE= total estrés esfuerzo; RE= resiliencia; *p<,05; **p<,01; ***p<,001.

3.5. ESTUDIO DE LOS PREDICTORES DE LA SALUD PSICOLÓGICA EN EL CUIDADOR FAMILIAR PRINCIPAL.

Cuidadores principales

En referencia a la predicción del malestar emocional en los cuidadores principales de adolescentes con patología alérgica, se establecieron tres pasos diferenciados; primero se incluyeron variables relacionadas con estrés (todas las subescalas de estrés en frecuencia y esfuerzo), después las variables relacionadas con el tipo de vinculaciones afectivas establecida (la baja autoestima, necesidad de aprobación, el miedo al rechazo y la autosuficiencia emocional e incomodidad con las relaciones), y por último se incluyó la resiliencia.

En el modelo de predicción del malestar emocional en los cuidadores principales, las variables independientes predijeron un 37% de la variable dependiente. Las dimensiones relacionadas con el estrés aumentaron en un 26% de forma significativa la varianza en el primer paso ($\Delta R^2 = ,26$, $p \leq ,001$). En el segundo paso, las variables relacionadas con las vinculaciones afectivas aumentaron en un 9% de la varianza ($\Delta R^2 = ,09$, $p \leq ,01$). En el tercer paso, la resiliencia no aumentó de forma significativa la varianza del malestar emocional ($\Delta R^2 = ,02$, $p > ,05$). En este último paso, la única variable que mostró un coeficiente beta positivo estadísticamente significativo fue la baja autoestima, la necesidad de aprobación y el miedo al rechazo de la escala de apego ($\beta = 0,30$; $p \leq ,01$) (Figura 10).

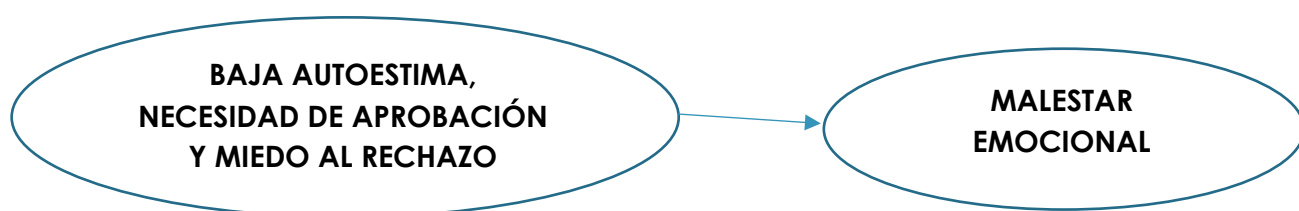


Figura 10: Modelo de predicción del malestar emocional de los cuidadores

En la predicción del total de situaciones de estrés (total estrés frecuencia) de los cuidadores, se establecieron dos pasos diferenciados; primero se incluyeron variables relacionadas con la psicopatología (ansiedad y depresión) y después las variables relacionadas con el tipo de vinculaciones afectivas establecida (la baja autoestima, necesidad de aprobación, el miedo al rechazo, la resolución

de conflictos hostil, el rencor y posesividad y la autosuficiencia emocional e incomodidad con las relaciones). En el modelo de predicción de la frecuencia de situaciones relacionadas con el cuidado de sus hijos que les generaban estrés, las variables independientes predijeron un 25% de la variable dependiente. Las dimensiones relacionadas con la psicopatología aumentaron en un 22% de forma significativa la varianza en el primer paso ($\Delta R^2 = ,22$, $p \leq ,001$). En el segundo paso, las variables relacionadas con las vinculaciones afectivas no aumentaron de forma significativa la varianza del estrés ($\Delta R^2 = ,03$, $p > ,05$). En este último paso, la ansiedad ($\beta = 0,26$; $p < ,05$) y la depresión ($\beta = 0,29$; $p \leq ,01$), mostraron coeficientes beta significativos y positivos (Figura 11).

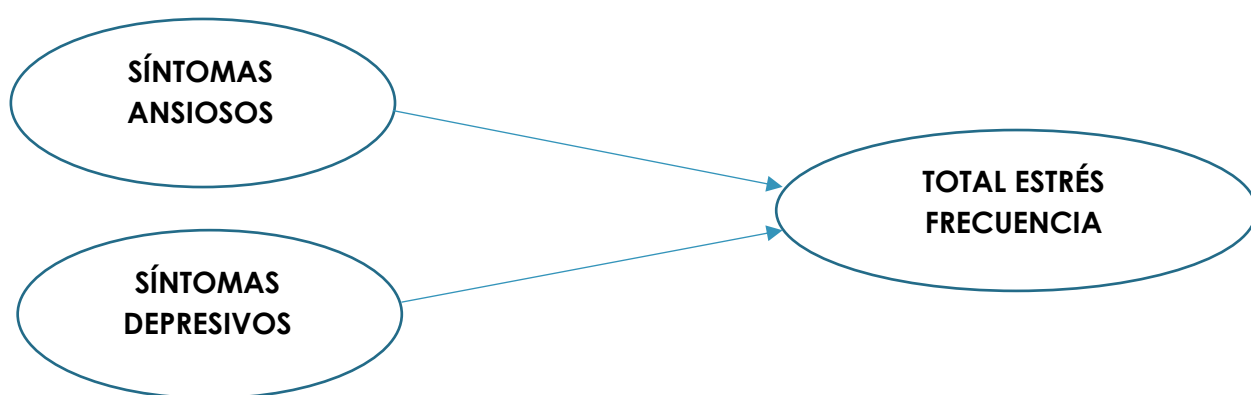


Figura 11: Modelo de predicción de la frecuencia de estrés de los cuidadores de los adolescentes

En la predicción del total de impacto emocional que generaban situaciones de cuidado del hijo con patología alérgica (total estrés esfuerzo), se establecieron tres pasos diferenciados; primero se incluyeron variables relacionadas con la psicopatología (ansiedad y depresión) y después todas las variables relacionadas con el tipo de vinculaciones afectivas establecidas y por último la resiliencia.

En el modelo de predicción del esfuerzo que generaban de situaciones relacionadas con el cuidado de sus hijos, las variables independientes predijeron un 20% de la variable dependiente. Las dimensiones relacionadas con la psicopatología aumentaron en un 15% de forma significativa la varianza en el primer paso ($\Delta R^2 = ,15$, $p \leq ,001$). En el segundo paso, las variables relacionadas con las vinculaciones afectivas aumentaron en un 10% la varianza del estrés ($\Delta R^2 = ,10$, $p < ,05$), en el último paso la resiliencia no aumentó de forma

significativa la varianza del estrés ($\Delta R^2 = ,01$, $p > ,05$). En este último paso, la depresión ($\beta = 0,24$; $p < ,05$) y la baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo ($\beta = 0,23$; $p < ,05$), mostraron coeficientes beta significativos y positivos (Figura 12).

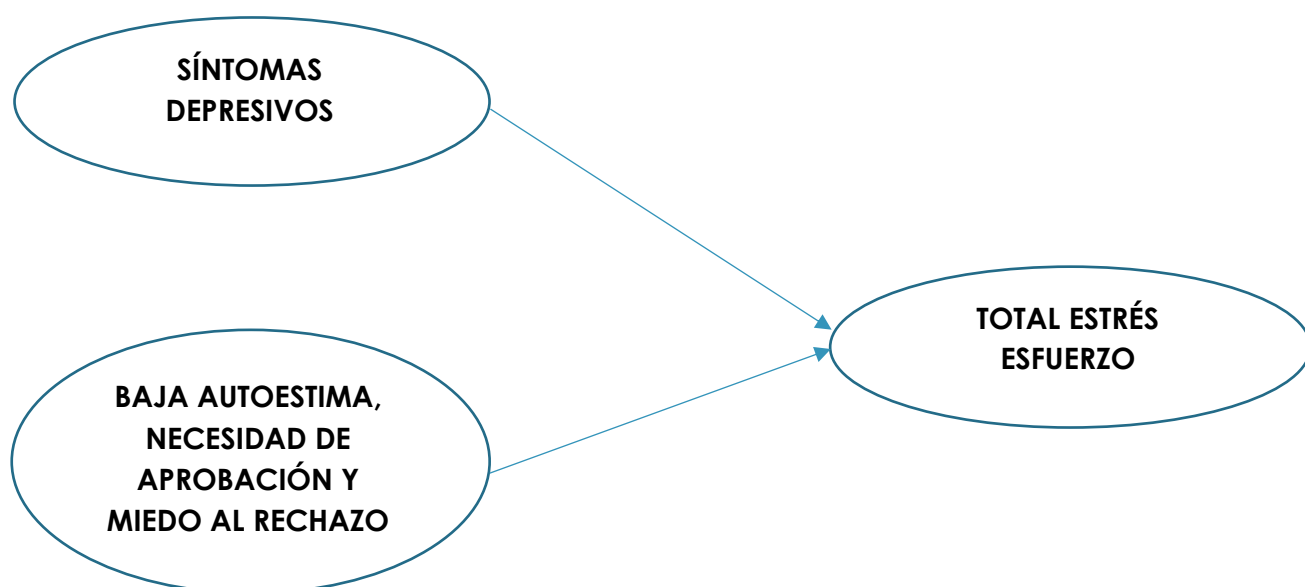


Figura 12: Modelo de predicción del esfuerzo que les suponía a los cuidadores la gestión de la enfermedad de sus hijos

IV. DISCUSIÓN SOBRE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS

Para finalizar, en el presente apartado se van a comentar los principales resultados obtenidos en el estudio hasta el momento que dan respuesta a los objetivos e hipótesis propuestos, así como su respectiva conclusión preliminar.

Fijándonos en el primer objetivo, se han analizado las variables psicológicas, familiares y de ajuste a la enfermedad de los cuidadores familiares de pacientes adolescentes alérgicos. En este sentido, los resultados obtenidos van en la línea de la hipótesis planteada, según la cual, los cuidadores familiares de pacientes alérgicos presentan un perfil de malestar emocional y dificultades en el ajuste a la enfermedad.

En consonancia con la literatura, el rol de cuidador en la muestra estuvo representado de formada mayoritaria por mujeres (Gaite et al., 2008; Lacasa et al., 2012). Respecto a la presencia de psicopatología, un elevado porcentaje de cuidadores familiares principales tienen sintomatología

emocional, con altas tasas de ansiedad y de depresión. En concreto, la ansiedad fue superior que la de depresión, encontrando que un 40,30% mostraba puntuaciones indicativas de sintomatología ansiosa, además, cerca del 15% sufría un problema emocional clínicamente importante (ansioso, o depresivo o mixto ansioso-depresivo) (Amérigo, 2013; Emin et al., 2009).

En relación a la adaptación a la enfermedad de sus hijos, se observaron niveles moderadamente altos de estrés ante diferentes tipos de labores de atención y cuidado, indicando sobre todo una dificultad para enfrentarse a situaciones relacionadas con la frecuencia en los cuidados médicos requeridos, la necesidad de comunicar la enfermedad a otros significativos y el desgaste producido por el distrés emocional. La asociación positiva entre el estrés y el malestar emocional va en concordancia con los resultados obtenidos en otros estudios (Driscoll et al, 2010; Hansen et al, 2012; Helgeson et al, 2012; Patton et al., 2011).

Fijándonos en la resiliencia, la mayoría de los cuidadores presentan niveles medios y altos en dicha variable, en la línea de otras investigaciones en padres con hijos con enfermedades alérgicas (Jones et al., 2000; Meintjes & Nolte, 2015). Sin embargo, cabe destacar que cerca del 30% de los cuidadores familiares principales tienen déficits en la capacidad para tolerar cambios y enfrentarse a problemas personales. Este resultado es relevante porque más de un cuarto de los progenitores estaría en una situación de vulnerabilidad a la hora de adaptarse a las exigencias de la enfermedad de su hijo (Fernández et al., 2012; Grau & Fernández, 2010), pudiendo tener consecuencias tanto para el cuidador como para el paciente a su cargo.

La mayoría de los cuidadores principales muestran un estilo de apego próximo al seguro, caracterizado por una buena autoestima y facilidad a la hora de relacionarse con los demás y expresar sus emociones, y con puntuaciones moderadas en resolución hostil de conflictos y en autosuficiencia. No obstante, entorno al 11% de los sujetos presentan niveles bajos de autoestima, un 20% son reservados y poco comunicativos, y un 7% tienen tendencia a mostrar enfado y resentimiento. Dichas características, asociadas con un estilo de apego de tipo inseguro, se han relacionado con un peor ajuste a la enfermedad crónica (Rosenberg & Shields, 2009).

Atendiendo a los estilos familiares, diversos estudios ponen de

manifiesto como las familias caracterizadas por niveles adaptativos de cohesión, flexibilidad y calidez generan adolescentes con mejores estrategias del afrontamiento del estrés, menor sintomatología emocional y mejor capacidad para gestionar su enfermedad (Monaghan et al., 2012; Muñoz et al., 2015; Pérez-Marín et al., 2016). Por el contrario, en las familias con un nivel bajo de flexibilidad o adaptabilidad, baja cohesión familiar y menos conductas afectivas de cuidado, los hijos con enfermedades crónicas suelen tener niveles muchos más altos en sintomatología depresiva que los pacientes de familias con un funcionamiento equilibrado (Jaser, 2010; Pérez-Marín et al., 2016). un porcentaje importante de sujetos (20,00%) de nuestra muestra se agrupaban bajo una familia desprendida o no comprometida, en la cual la separación emocional es extrema y la interacción familiar y sensibilidad afectiva son infrecuentes Finalmente, en lo que la adaptación familiar se refiere, el 38% de las familias muestra una organización flexible frente al 58% que se han definido como estructuradas. La prácticamente ausencia de familias extremas en nuestro estudio es un indicador muy positivo, puesto que el clima familiar influye de forma determinante en la salud y bienestar de los adolescentes y sus padres (Campell, 2003; Gage et al., 2006).

Respecto al segundo objetivo, el análisis del papel de las variables sociodemográficas sobre el bienestar y la salud psicológica de los cuidadores familiares principales, pone de manifiesto que existen diferencias entre estos en función del nivel socioeconómico. Los cuidadores familiares que tenían un nivel socioeconómico bajo-medio presentaron más estrés en cuanto al número de situaciones que perdían su rol familiar, social o laboral. Además de lo anterior, mostraron en general, más frecuencia de situaciones referidas al cuidado de sus hijos con enfermedades, que les provocaban estrés. Respecto al estado civil, los cuidadores que estaban separados (frente a los que estaban divorciados o casados), mostraron más estrés en cuanto a pérdidas de rol familiar, laboral o social.

En relación con la influencia del tipo de enfermedad alérgica, en nuestro estudio se comparó el impacto de presentar: asma bronquial o no, alergia alimentaria o no y dermatitis atópica o no. Por su parte, los cuidadores de adolescentes que tenían AB (frente a los que no) mostraron mayor estrés parental en forma de frecuencia de comunicación con los profesionales

sanitarios, frecuencia de cuidados médicos, frecuencia de distrés emocional y mayor frecuencia de estrés total, es decir mayor cantidad de veces que tenían que exponerse a las situaciones médicas de cuidado.

En referencia los cuidadores principales de adolescentes con dermatitis atópica mostraron: menor frecuencia de estrés en cuanto a los cuidados médicos, menor esfuerzo en referencia al malestar emocional o las preocupaciones relacionadas con el cuidado de sus hijos, menor impacto de las pérdidas de rol familiar y menor impacto del estrés ante el cuidado en general. Los cuidadores de los adolescentes que **recibían inmunoterapia** mostraron: menos estrés en relación con el número de pérdidas sociales, familiares y laborales asociadas a la enfermedad de sus hijos. Tal y como indican otros estudios, los padres suelen tener niveles elevados de sobreprotección y dependencia (Daud et al., 1993; Warschburger et al., 2004).

Los resultados van en la línea de lo esperado, puesto que se observa una relación entre las variables psicológicas, familiares y de ajuste a la enfermedad.

En este sentido, el estrés psicológico se considera como uno de los aspectos más importantes a la hora de evaluar los niveles de adaptación y ajuste a la enfermedad en los cuidadores familiares principales (Casaña-Granell et al., 2018; Johnson et al., 2013), encontrando que el estrés percibido por tener que comunicar la enfermedad del paciente a su cargo y las pérdidas de rol en el sistema familiar, implican una mayor presencia de sintomatología ansioso-depresiva.

Las diferencias en la calidad del apego adulto determinan distintos resultados en forma de ciertos comportamientos y emociones positivos (Guzmán & Contreras, 2012) o negativos (Alonso et al., 2018). En esta línea, nuestros resultados indican que la baja autoestima y la autosuficiencia emocional implican mayores niveles de estrés y distrés emocional, mientras que una adecuada expresión de sentimientos y facilidad en las relaciones íntimas supone menores niveles de distrés emocional y un mayor grado de resiliencia en los cuidadores principales familiares.

Fijándonos en las variables del paciente a su cargo, nuestros datos indican que, a mayor edad en los hijos, menores niveles de autoestima en el cuidador principal, así como mayores niveles de estrés. Por último, no se

encontraron relaciones significativas con el tiempo de diagnóstico del paciente a su cargo.

En último lugar, se planteó el tercer objetivo con el fin de identificar los principales predictores del bienestar y la salud psicológica en el cuidador familiar principal.

En los modelos de predicción del malestar emocional, la única variable que se mostró predictora de forma estadísticamente significativa fue la baja autoestima, la necesidad de aprobación y el miedo al rechazo de la escala de apego. En los modelos de predicción de la cantidad de situaciones que generaban estrés a los cuidadores, los factores decisivos fueron los síntomas depresivos, pero resulta interesante señalar que el factor más relevante en la predicción del esfuerzo que generaban esas situaciones fue de nuevo la baja autoestima, la necesidad de aprobación y el miedo al rechazo de la escala de apego, mostrando cómo las vinculaciones inseguras, se asocian con la presencia de psicopatología.

Este resultado va en la línea de la literatura, donde se indica que niveles adecuados de flexibilidad, cohesión y comunicación familiar influyen en la reducción del estrés y los conflictos familiares, lo cual repercute en el bienestar emocional de los miembros del sistema (Monaghan et al., 2012; Rosland, Heisler, & Piette, 2012; Sherifali, Ciliska & O'Mara, 2009). La autosuficiencia y el alejamiento emocional se puede considerar como una representación del apego inseguro evitativo, y constituye un importante predictor de la sintomatología ansiosa y depresiva, en consonancia con los estudios que indican que el tipo de apego adulto es un factor clave asociado a disfunciones psicológicas (Alonso et al., 2018). En esta línea, la baja expresión de sentimientos y la incomodidad con las relaciones también sería una variable del apego adulto relacionada únicamente con la presencia de síntomas depresivos. Por último, el estrés se considera una variable presente en padres con hijos con enfermedades crónicas (Hansen et al., 2012; Muller-Godeffroy et al, 2009; Patton et al., 2011; Streisand et al., 2001).

En relación con la salud del cuidador familiar principal, nuestros resultados confirman cómo la exigencia del cuidado de un hijo con una enfermedad crónica alérgica tiene repercusiones en la salud psicológica y el bienestar del adulto a su cargo (López et al., 2009). La alta sintomatología

ansiedad y estrés, en la línea de otros estudios (Amérigo, 2013; Emin et al., 2009; Hansen et al., 2012; Muller-Godeffroy et al., 2009; Patton et al., 2011; Streisand et al., 2001), pone de manifiesto la necesidad de tener en mayor consideración el rol del cuidador y sus necesidades y bienestar, asumiendo que podría tratarse de una población vulnerable en este sentido. No obstante, los cuidadores principales de este estudio informaron de altas puntuaciones en expresividad emocional y comodidad con la intimidad, así como la elevada capacidad de resiliencia, factores que pueden favorecer la adaptación a la enfermedad de sus hijos e influir en la presencia de un resultado positivo en el proceso de salud en los adolescentes (Orbuck et al., 2005), explicando así los resultados positivos obtenidos en la presente investigación.

Por último, la investigación sugiere que la adaptación a la enfermedad, lejos de estar relacionada con las características de la patología concreta, parece estar más determinada de forma clave por el entorno familiar (Morawska, Calam, & Fraser, 2015). En este sentido, el sistema familiar predominante en la muestra, caracterizado por niveles equilibrados de flexibilidad, cohesión y comunicación, pueden estar influyendo de forma global en el desarrollo de indicadores positivos de salud en el paciente adolescente alérgico (Monaghan et al., 2012; Rosland et al., 2012; Sherifali et al., 2009).

V. RESUMEN Y CONCLUSIONES SOBRE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS

La mayoría de los cuidadores principales (74,70%) fueron las madres, lo anterior se vio asociado a estilos familiares más positivos informados por los adolescentes, pero a un mayor estrés ante el cuidado.

En el momento de la evaluación, se encontraban generalmente en activo (62%). Los cuidadores habían cursado estudios de bachillerato o formación profesional (37,00%), se encontraban casados y percibían rentas medias-altas, así un 35,90% de ellos contaba con una renta anual de entre 25.500€ y 44.999€. Un porcentaje importante de ellos (27,60%), tenía otro hijo/a que necesitaba atención especial por alguna enfermedad y convivía o había convivido regularmente con algún otro familiar con problemas alérgicos (33%). En cuanto a la salud física de los/as cuidadores, un gran porcentaje de ellos (43,80%) informó de un problema de salud física, a esto se le asociaron más problemas

de ajuste emocional (más depresión, malestar emocional) y estrés ante el cuidado de sus hijos con enfermedades alérgicas.

Un 13,90% sufría un problema emocional clínicamente importante, en ellos se vio alta psicopatología (ansiedad, depresión y malestar emocional) y estrés.

En cuanto a los factores psicológicos de interés, observamos una gran presencia de síntomas ansiosos (40,30%) y en menor medida de depresivos (11,10%), dándose en un 4,70% de los casos un problema mixto de malestar emocional. Lo anterior, se acompañó de un moderado estrés ante el cuidado de su hijo con enfermedad alérgica, en el que destacó más la frecuencia de situaciones que generaban estrés en los cuidadores que el impacto que estas situaciones les proporcionaban. Ahora bien, los cuidadores mostraron niveles moderados de resiliencia, que se acompañaron de un sistema familiar con niveles de adaptación familiar positivos, pero de una menor cohesión del sistema, dando lugar a familias con patrones menos positivos de ajuste. En relación con el estilo de apego, evidenciaron un estilo próximo al seguro caracterizado por una buena autoestima y facilidad a la hora de relacionarse con los demás y expresar sus emociones, con puntuaciones moderadas en resolución hostil de conflictos y niveles moderados de autosuficiencia.

En los cuidadores un menor nivel de estudios y nivel socioeconómico bajo presentaron menor salud mental, mayor estrés y perfiles familiares emocionalmente más desajustados. Los cuidadores que se encontraban separados también mostraron un menor ajuste psicoemocional. Las familias con perfiles más ajustados, tenían hijos con mayor inteligencia emocional, estilos parentales más positivos, mejor salud mental y control de la enfermedad, y los cuidadores mostraron una mayor salud mental.

Fijándonos en las asociaciones encontradas en los cuidadores, el desajuste emocional (presencia de psicopatología o de estrés ante el cuidado del hijo con alergia), se relacionó con estilos de vinculación afectiva más inseguros caracterizados por baja autoestima, necesidad de aprobación, resolución de conflictos hostil, menos expresión de las emociones y menos comodidad con la intimidad, así como con una menor resiliencia.

Por todo lo anterior, en los modelos de predicción del malestar emocional, la única variable que se mostró predictora de forma estadísticamente significativa fue la baja autoestima, la necesidad de aprobación y el miedo al rechazo de la escala de apego. En los modelos de predicción de la cantidad de situaciones que generaban estrés a los cuidadores, los factores decisivos fueron los síntomas ansiosos y depresivos, pero resulta interesante señalar que el factor más relevante en la predicción del esfuerzo que generaban esas situaciones fue de nuevo la baja autoestima, la necesidad de aprobación y el miedo al rechazo de la escala de apego, mostrando cómo las vinculaciones inseguras, se asocian con la presencia de psicopatología.

Nuestros datos indican que es necesario considerar las variables personales (psicopatología, autoestima, bienestar y competencias emocionales), relacionales y familiares en el ajuste de los adolescentes con enfermedad crónica y, concretamente, en aquellos que muestran una patología alérgica. Un ambiente familiar cálido, optimista y relajado se hace muy importante en el ajuste de estas familias, en los adolescentes y sus cuidadores. El estado de salud física y mental de los cuidadores familiares puede influir directamente en la adaptación de estas familias a la convivencia con la adolescencia y con esta enfermedad. La detección de los factores salutogénicos puede ayudar a desarrollar programas multidisciplinarios de intervención que consideren a estas familias, los cuidadores y adolescentes, mejorando su salud física y mental, disminuyendo así el impacto personal, social y económico en los sistemas sanitarios.

VI. REFERENCIAS

- Aarif, S. M. M., & Al-Mohammed, A. A. (2015). Allergic rhinitis and asthma: The global burden. *International Journal of Students' Research*, 5(1), 1. Recuperado de <http://www.ijsonline.net/text.asp?2015/5/1/1/180072>
- Abiodun, O. A. (1994). A validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale in general hospital units and a community sample in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 165, 669-672. doi: 10.1192/bjp.165.5.669
- Aherrera, J. A. M., Abrahan IV, L. L., Racaza, G. Z., Train, C. Q., & Jara, R. D. (2016). Depression and Anxiety in Adults with Congenital Heart Disease Using the Validated Filipino Version of the Hospital Anxiety and Depression Score (HADS-P). *Phillippine J Intern Med*, 54(1), 1-8.
- Akdis, C. A., & Agache, I. (Eds.). (2014). *Global atlas of allergy*. European Academy of Allergy and Clinical Immunology.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de los trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de los trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Alam, R. (2011). The Burden of Allergic Rhinitis Beyond Allergies. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 31(3), 9–10. doi: 10.1016/j.iac.2011.05.013
- Alanne, S. (2012). An infant with food allergy and eczema in the family – the mental and economic burden of caring. Recuperado el 23 Marzo 2019, de <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/77471/Alanne%20DISS.pdf?sequence=4>
- Alati, R., O'callaghan, M., Najman, J. M., Williams, G. M., Bor, W., & Lawlor, D. A. (2005). Asthma and internalizing behavior problems in adolescence: a longitudinal study. *Psychosomatic Medicine*, 67(3), 462-470.

- Alith, M. B., Rodrigues, M., Montealegre, F., Fish, J., Nascimento, O. A., & Jardim, J. R. (2014). Negative impact of asthma on patients in different age groups. *The Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(1), 16-22.
- Alonso, Y., Fernández, J., Fontanil, Y., Ezama, E., & Gimeno, A. (2018). Contextual determinants of psychopathology. The singularity of attachment as a predictor of mental dysfunction. *Psychiatry research*, 261, 338-343.
- Álvarez, M. (2015). *Estudio sobre alergia alimentaria en la edad pediátrica*. (Tesis Doctoral). Universidad de A Coruña. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2183/16490>
- Amérigo, D. A. (2013). *Alergia alimentaria y calidad de vida* (Tesis Doctoral). Universidad de Alcalá, España.
- Annett, R. D., Bender, B. G., Lapidus, J., DuHamel, T. R., & Lincoln, A. (2001). Predicting children's quality of life in an asthma clinical trial: what do children's reports tell us?. *The Journal of pediatrics*, 139(6), 854-861.
- Anto, S. P., & Jayan, C. (2016). Self-esteem and emotion regulation as determinants of mental health of youth. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 23(1), 34-40.
- Antolín-Amérigo, D., Manso, L., Caminati, M., de la Hoz Caballer, B., Cerecedo, I., Muriel, A., ... & Alvarez-Mon, M. (2016). Quality of life in patients with food allergy. *Clinical and Molecular Allergy*, 14(1), 4.
- Arruda Chaves, E. (2004). Pruebas diagnósticas en alergia y su utilidad clínica. *Revista Medica Herediana*, 15(2), 113-117.
- Asher, M. I., Montefort, S., Björkstén, B., Lai, C. K., Strachan, D. P., Weiland, S. K., ... & ISAAC Phase Three Study Group. (2006). Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *The Lancet*, 368(9537), 733-743.
- Atienza, F. L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de

adolescentes valencianos. *Revista de Psicología: Universidad Tarroconensis*, 22(1-2), 29-42.

Avendaño Monje, M. J., & Barra Almagiá, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172.

Avery, N.J, King, R.M, Knight, S., & Hourihane, J.O. (2003). Assessment of quality of life in children with peanut allergy. *Pediatric Allergy Immunology*, 14, 378-382.

Ayestarán, S. (1987). El grupo de pares y el desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista de la Facultad del Letras de la Universidad de Girona*, 7, 123-136.

Bachert, C., Vignola, A. M., Gevaert, P., Leynaert, B., Van Cauwenberge, P., & Bousquet, J. (2004). Allergic rhinitis, rhinosinusitis, and asthma: one airway disease. *Immunology and Allergy Clinics*, 24(1), 19-43.

Bannon, G. A. (2004). What makes a food protein an allergen?. *Current Allergy and Asthma Reports*, 4(1), 43-46.

Barber, B. K., & Harmon, E. L. (2002). Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. In B. K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents* (pp. 15-52). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/10422-002

Barber, B.K. (1996). Parental psychological control: revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67(6), 3296-3319. doi: 10.2307/1131780

Barriuso-Lapresa, L.M., Hernando-Arizaleta, L., & Rajmil, L. (2014). Valores de referencia de la versión para padres del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) en población española, 2006. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(2), 43-8.

- Barrón, R., Montoya Castilla, I., Casullo, M. M., y Bernabéu Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Barros, L. (1999). *Psicología Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. En P. A. Cowan y E. M. Hetherington (Eds.), *Advances in family research* (Vol. 2). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bell, R. (1982). Parent/adolescent relationships in families with runaways: Interaction types and circumplex model. *Unpublished dissertation*. St. Paul, Minnesota: Family Social Science, University of Minnesota.
- Bellanti, J. A., & Wallerstedt, D. B. (2000). Allergic rhinitis update: epidemiology and natural history. In *Allergy and asthma proceedings*, 21(6), 367.
- Bhattacharyya, N. (2011). Incremental healthcare utilization and expenditures for allergic rhinitis in the United States. *The Laryngoscope*, 121(9), 1830-1833.
- Bielory, L. (2010). Allergic conjunctivitis and the impact of allergic rhinitis. *Current allergy and asthma reports*, 10(2), 122-134.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., & Necklmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of psychosomatic research*, 52(2), 69-77.
- Blaiss, M. S. (2003). Symposium Cont. Important Aspects in Management of Allergic Rhinitis: Compliance, Cost, and Quality of Life. In *Allergy & Asthma Proceedings*, 24(4), 231-238.
- Blaiss, M. S., Dykewicz, M. S., Skoner, D. P., Smith, N., Leatherman, B., Craig, T. J., ... Allen-Ramey, F. (2014). Diagnosis and treatment of nasal and ocular allergies: The Allergies, Immunotherapy, and Rhinoconjunctivitis (AIRS) surveys. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 112(4), 322-328. doi: 10.1016/j.anai.2014.02.006

- Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J. A., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., Potter, J., & Gosling, S. D. (2016). Age and gender differences in self-esteem- A cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(3), 396-410. doi: 10.1037/pspp0000078
- Bobes, J., Bascaran, M. T., García-Portilla, M. P., Bousoño, M., Sáiz, P. A., & Wallance, D. H. (2001). *Banco de instrumentos básicos de psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría ED.
- Booster, G. D., Oland, A. A., & Bender, B. G. (2016). Psychosocial factors in severe pediatric asthma. *Immunology Allergy Clinics of North America*, 36, 449-460.
- Bourdon, K. H., Goodman, R., Rae, D. S., Simpson, G., & Koretz, D. S. (2005). The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 557-564.
- Bousquet, J., Van Cauwenberge, P., & Khaltaev, N. (2001). Allergic rhinitis and its impact on asthma. *Journal of allergy and clinical immunology*, 108(5), 147-334.
- Boyce, J. A., Assa'ad, A., Burks, A. W., Jones, S. M., Sampson, H. A., Wood, R. A., ... & Bahna, S. L. (2011). Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: summary of the NIAID-sponsored expert panel report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 64(1), 175-192.
- Bravo A., H., & López P., J. (2017). Resiliencia familiar: una revisión sobre artículos publicados en español. *Revista de Investigación En Psicología*, 18(2), 151. doi: 10.15381/rinvp.v18i2.12089
- Brawley, A., Silverman, B., Kearney, S., Guanzon, D., Owens, M., Bennett, H., & Schneider, A. (2004). Allergic rhinitis in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 92(6), 663-667.

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. A. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637.
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S., & Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology and Health*, 30(11), 1361–1385.
- Broche, Y., Rodríguez, B. C., Pérez, S., Alonso, G., Hernández, A. & Blanco, Y. (2012). Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). En B.C. Rodríguez y O. Moleiro. *Validación de Instrumentos Psicológicos: Criterios básicos*. Cuba: Editorial Feijóo.
- Brown, A. F., McKinnon, D., & Chu, K. (2001). Emergency department anaphylaxis: a review of 142 patients in a single year. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 108(5), 861-866.
- Burkhart, P. V., & Rayens, M. K. (2005). Self-concept and health locus of control: factors related to children's adherence to recommended asthma regimen. *Pediatric nursing*, 31(5).
- Cabañes, N., Igea, J. M., De la Hoz, B., Agustín, P., Blanco, C., & Domínguez, J. (2012). 1Latex Allergy: Position Paper. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 22(5), 313.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the connor–davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(6), 1019-1028.
- Canonica, G. W., Bousquet, J., Mullol, J., Scadding, G. K., & Virchow, J. C. (2007). A survey of the burden of allergic rhinitis in Europe. *Allergy*, 62, 17-25.
- Carlo, G., Mestre, M. V., McGinley, M. M., Tur-Porcar, A., Samper, P., & Opal, D. (2014). The protective role of prosocial behaviors on antisocial behaviors: The mediating effects of deviant peer affiliation. *Journal of Adolescence*, 37(4), 359-366. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.02.009

- Casaña-Granell, S., Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Prado-Gasco, V., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2018). A brief version of the Pediatric Inventory for Parents (PIP) in Spanish population: Stress of main family carers of chronic paediatric patients. *PloS one*, 13(7), e0201390.
- Castresana, C.D.L.C., Pérez, A. G. E., & de Rivera, J. G. (1995). "Hospital anxiety and depression scale" y psicopatología afectiva. *Anales de psiquiatría*, 4(11), 126-130.
- Casullo, M. M., & Castro Solano, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología (Pontificia Universidad Católica del Perú)*, 18(1), 3-5.
- Chafen, J. J. S., Newberry, S. J., Riedl, M. A., Bravata, D. M., Maglione, M., Suttorp, M. J., ... & Shekelle, P. G. (2010). Diagnosing and managing common food allergies: a systematic review. *Jama*, 303(18), 1848-1856.
- Chan, Y. F., Leung, D. Y., Fong, D. Y., Leung, C. M., & Lee, A. M. (2010). Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large community sample of adolescents in Hong Kong. *Quality of Life Research*, 19(6), 865-873.
- Chávez Ventura, G. (2012). Perspectivas para la investigación psicológica del asma. *Rev. Psicol. Trujillo (Perú)*, 14(2), 268-277.
- Chen, Y., Peng, Y., & Fang, P. (2016). Emotional Intelligence Mediates the Relationship between Age and Subjective Well-Being. *The International Journal of Aging and Human Development*, 83(2), 91–107. doi: 10.1177/009141501664 8705
- Cheung, C.-K., Cheung, H. Y., & Hue, M.-T. (2015). Emotional intelligence as a basis for self-esteem in young adults. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 149(1), 63-84. doi: 10.1080/00223980.2013.838540

- Chida, Y., Hamer, M., & Steptoe, A. (2008). A bidirectional relationship between psychosocial factors and atopic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 70(1), 102-116.
- Chivite, S., Martínez, M., Pérez, E., & Peralta, V. (2007). HADS: Estudio de criterios de validez interna y externa en una muestra española de pacientes hospitalizados. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 84, 9-17.
- Ciarrochi, J., Chan, A. Y., & Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and individual differences*, 31(7), 1105-1119.
- Cibella, F., Ferrante, G., Cuttitta, G., Bucchieri, S., Melis, M. R., La Grutta, S., & Vieg, G. (2014). The burden of rhinitis and rhinoconjunctivitis in adolescents. *Allergy, Asthma and Immunology Research*, 7(1), 44-50. doi: 10.4168/aa.2015.7.1.44
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Colás, C., De la Hoz, M. B., Rodríguez, M., & Roger, A. (2007). Calidad de vida en las enfermedades alérgicas. *Tratado de Alergología*, 1709-34.
- Collins, W.A., & Repinski, D.J. (1994). Relationships during adolescence: Continuity and change in interpersonal perspective. En R. Montemayor, G.R. Adams & T.P. Gullotta (Eds.), *Personal relationships during adolescence* (pp. 7-36). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J. & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 455-480.
- Conger, K. J., Williams, S. T., Little, W. M., Masyn, K. E., & Shebloski, B. (2009). Development of mastery during adolescence: The role of family problem-solving. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 99-114.

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Connor, K. M., & Zhang, W. (2006). Resilience: Determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS spectrums*, 11(S12), 5-12.
- Contini, E. N., Coronel, C., Levin, M., & Estevez, M. A. (2003). Estrategias de afrontamiento, bienestar psicológico y factores de protección de la salud del adolescente. Un estudio preliminar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 16(2), 29-51.
- Cosmes, P. M., Domínguez, C., & Ancillo, A. M. (2002). Anafilaxia en el norte de Extremadura. *Alergología e Inmunología Clínica*, 17(1), 8-15.
- Cruz, M. S., Maganto, C., Montoya, I., & González, R. (2002). Escala de bienestar psicológico para adolescentes: Resultados españoles. En MM Casullo (Comp.), *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*, 65-77.
- Cummings, A. J., Knibb, R. C., King, R. M., & Lucas, J. S. (2010). The psychosocial impact of food allergy and food hypersensitivity in children, adolescents and their families: A review. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 65(8), 933-945. doi: 10.1111/j.1398-9995.2010.02342.x
- DaVeiga, S. P. (2012). Epidemiology of atopic dermatitis: a review. *Allergy & Asthma Proceedings*, 33(3), 227-234.
- Dávila León, O. (2004). Adolescencia y juventud de las nociones a los abordajes. *Última década*, 21, 83-104.
- De Blok, B. M., Vlieg-Boerstra, B. J., Oude Elberink, J. N. G., Duiveman, E. J., DunnGalvin, A., Hourihane, J. O. B., ... & Dubois, A. E. (2008). A framework for measuring the social impact of food allergy across Europe: a EuroPrevall state of the art paper. *Allergy*, 62(7), 733-737.
- De Graaf, T., Koenders, S., Garrelds, I. M., & van Wijk, R. G. (1996). The relationships between nasal hyperreactivity, quality of life, and nasal symptoms in

patients with perennial allergic rhinitis. *Journal of allergy and clinical immunology*, 98(3), 508-513.

De las Cuevas Cartresana, C., García-Estrada Perez, A., & González de Rivera, J. L. (1995). "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 126-130.

Del Barrio, M.V. (2015). Los trastornos depresivos y su tratamiento. En R. González e I. Montoya-Castilla. *Psicología Clínica infanto-juvenil*. (pp. 297-321). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Del Barrio, V. & Carrasco, M.A. (2013). *Depresión en niños y adolescente*. Madrid: Síntesis.

Del Rincón, C., Remor, E., & Arranz, P. (2007). Estudio psicométrico preliminar de la versión española del Pediatric Inventory for Parents (PIP). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 435-452.

Derebery, M. J., & Berliner, K. I. (2000). Allergy and health-related quality of life. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 123(4), 393-399.

Dewolff, D.K. (2012). *In search of resilience and positive health outcomes in low-income adolescents with asthma* (tesis doctoral). Loyola University Chicago, Chicago.

Di Fabio, A., & Kenny, M. E. (2016). Promoting well-being: The contribution of emotional intelligence. *Frontiers in Psychology*, 7, 1182. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01182

Driscoll, K. A., Bennett, S., Barker, D., Quittner, A. L., Deeb, L. C., Geller, D.E., Gondor, M., & Silverstein, J.H. (2010). Risk factors associated with depressive symptoms in caregivers of children with type 1 diabetes or cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 814-822.

Emin, O., Mustafa, S., & Nedim, S. (2009). Psychological stress and family functioning in mothers of children with allergic rhinitis. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 73(12), 1795-1798.

- Ersser, S. J., Cowdell, F., Latter, S., Gardiner, E., Flohr, C., Thompson, A. R., ... & Drury, A. (2014). Psychological and educational interventions for atopic eczema in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). doi: 10.1002/14651858.CD004054.pub3
- Fagan, J. K., Scheff, P. A., Hryhorczuk, D., Ramakrishnan, V., Ross, M., & Persky, V. (2001). Prevalence of asthma and other allergic diseases in an adolescent population: association with gender and race. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 86(2), 177-184.
- Faria, L., & Lima Santos, N. (2005). Adaptation of the Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ) to the Portuguese context. Presentación oral en el Simposio "Cross-cultural validation of Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ)", en el 9th Congreso Europeo de Psicología, Granada, España.
- Faria, L., Santos, N. L., Takši, V., Rätty, H., Molander, B., Holmström, S., ... Toyota, H. (2014). Cross-cultural validation of the Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ). *Psicologia*, 20(2), 95–127.
- Fernández, M., Grau, C., & Trigo, P. (2012, August). Impacto de la enfermedad de Huntington en la familia. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 35, No. 2, pp. 295-307). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Fletcher, R. H., Corren, J., & Feldweg, A. M. (2011). An overview of rhinitis. *UpToDate*, last updated May, 152-288.
- Flokstra-de Blok, B. M. J., & Dubois, A. E. J. (2012). Quality of life measures for food allergy. *Clinical & Experimental Allergy*, 42(7), 1014-1020.
- Flokstra-de Blok, B. M. J., Van der Velde, J. L., Vlieg-Boerstra, B. J., Oude Elberink, J. N. G., DunnGalvin, A., Hourihane, J. O. B., ... & Dubois, A. E. J. (2010). Health-related quality of life of food allergic patients measured with generic and disease-specific questionnaires. *Allergy*, 65(8), 1031-1038.

- Flokstra-de Blok, B. M., DunnGalvin, A., Vlieg-Boerstra, B. J., Elberink, J. N. O., Duiverman, E. J., Hourihane, J. O. B., & Dubois, A. E. (2008). Development and validation of the self-administered Food Allergy Quality of Life Questionnaire for adolescents. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 122(1), 139-144.
- Flores, M. del C., & Delgado, A. O. (2015). De la competencia emocional a la autoestima y satisfacción vital en adolescentes. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica Y de La Salud*, 23(2), 345-359.
- Fonseca-Pedredo, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(1), 15-25.
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Caballero, M. R., & Aguilar, J. L. (2015). Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3), 383-392.
- Garrido-Lestache, J. S., & Rodríguez García, V. (2012). *Libro de las enfermedades alérgicas de la fundación BBVA. Intolerancia a los alimentos*.
- Glazebrook, C., Hollis, C., Heussler, H., Goodman, R. & Coates, L. (2003). Detecting emotional and behavioural problems in paediatric clinics. *Child: Care, Health and Development*, 29(2), 141-149.
- Golanó, M. (2015). *La mentalización parental durante la primera infancia: Adaptación y Validación de la Parent Development Interview (PDI)* (Tesis doctoral). Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Gomez-Baya, D., Mendoza, R., Paino, S., & de Matos, M. G. (2017). Perceived emotional intelligence as a predictor of depressive symptoms during mid- adolescence: A two-year longitudinal study on gender

differences. *Personality and Individual Differences*, 104, 303-312. doi: 10.1016/j.paid.2016.08.022

Góngora, V., Fernández Liporace, M., & Castro Solano, A. (2010). Estudio de validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población adolescente de la Ciudad de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*, 7, 24-39.

González-Fuentes, M. B., & Andrade Palos, P. (2016). Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica RIDEP*, 2(42), 68-83. doi: 10.21865/RIDEP42_69.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.

Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European child & adolescent psychiatry*, 7(3), 125-130.

Goodwin R.D., Scheckner B., Pena L., Feldman J.M., Taha F., & Lipsitz J.D. (2014) A 10-year prospective study of respiratory disease and depression and anxiety in adulthood. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 113(5), 565-570.

Goossens, N. J., Flokstra-de Blok, B. M., van der Meulen, G. N., Arnlinde, M. H., Asero, R., Barreales, L., ... & Frewer, L. (2014). Health-related quality of life in food-allergic adults from eight European countries. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 113(1), 63-68.

Gore, C., Griffin, R., Rothenberg, T., Tallett, A., Hopwood, B., Sizmur, S., ... & Warner, J. O. (2016). New patient-reported experience measure for children with allergic disease: development, validation and results from integrated care. *Archives of disease in childhood*, 101(10), 935-943.

- Gortmaker, S. L., Walker, D. K., Weitzman, M., & Sobol, A. M. (1990). Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics*, 85(3), 267-276.
- Grau, C., & Fernández Hawrylak, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 33, 203-212.
- Grau-Rubio, C. (2013). Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 195-212.
- Grotberg, E. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En Melillo, A., Suarez, E. (comp.) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Gupta, R. S., Springston, E. E., Warrier, M. R., Smith, B., Kumar, R., Pongracic, J., & Holl, J. L. (2011). The prevalence, severity, and distribution of childhood food allergy in the United States. *Pediatrics*, 128(1), e9-17. doi: 10.1542/peds.2011-0204.
- Guzmán, M., & Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psykhé*, 21(1), 69-82.
- Haanpää, L., af Ursin, P., Nermes, M., Kaljonen, A., & Isolauri, E. (2018). Association of allergic diseases with children's life satisfaction: population-based study in Finland. *BMJ open*, 8(3), e019281.
- Hamlett, K. W., Pellegrini, D. S., & Katz, K. S. (1992). Childhood chronic illness as a family stressor. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(1), 33-47.
- Hansen, I., Klimek, L., Mösges, R., & Hörmann, K. (2004). Mediators of inflammation in the early and the late phase of allergic rhinitis. *Current opinion in allergy and clinical immunology*, 4(3), 159-163.
- Hansen, J. A, Weissbrod, C., Schwartz, D. D., & Taylor, W. P. (2012). Paternal involvement in pediatric Type 1 diabetes: fathers' and mothers' psychological functioning and disease management. *Families, systems & health : the journal of collaborative family healthcare*, 30(1), 47-59.

- Hazell, M., Frank, T., & Frank, P. (2003). Health related quality of life in individuals with asthma related symptoms. *Respiratory medicine*, 97(11), 1211-1218.
- Hazen, E., Scholzman, S., & Beresin, E. (2008). Adolescent psychological development: A review. *Pediatrics in Review*, 29, 161-168.
- Heinl, D., Chalmers, J., Nankervis, H., & Apfelbacher, C. J. (2016). Eczema trials: quality of life instruments used and their relation to patient-reported outcomes. A systematic review. *Acta dermato-venereologica*, 96(5), 596-604.
- Higgins, T. S., & Reh, D. D. (2012). Environmental pollutants and allergic rhinitis. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, 20(3), 209-214.
- Hong, S., Son, D. K., Lim, W. R., Kim, S. H., Kim, H., Yum, H. Y., & Kwon, H. (2012). The prevalence of atopic dermatitis, asthma, and allergic rhinitis and the comorbidity of allergic diseases in children. *Environmental health and toxicology*, 27.
- Horsch A, McManus F & Kennedy P. (2012) Cognitive and Non-Cognitive Factors Associated with Parents' Perspectives. *PLoS ONE*, 11(4), e0153953.
- Hwang, T. Y., Kim, S. K., Kim, S. H., & Kim, M. (2019). A cross sectional survey on health-related quality of life among parents of children with allergic symptoms using the EQ-5D-5L. *Journal of Asthma*, 1-7. doi: 10.1080/02770903.2019.1571086
- Ibáñez E. & Caro, I. (1992). La escala Hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Ibáñez, M. D., Valero, A. L., Montoro, J., Jauregui, I., Ferrer, M., Dávila, I., ... & Sastre, J. (2013). Analysis of comorbidities and therapeutic approach for allergic rhinitis in a pediatric population in Spain. *Pediatric Allergy and Immunology*, 24(7), 678-684.

- Igea, J. M., & Palomero, M. (2005). *Alergia: la epidemia del siglo XXI*. Málaga: Editorial Arguval.
- Infante, M., Slattery, M. J., Klein, M. H., & Essex, M. J. (2007). Association of internalizing disorders and allergies in a child and adolescent psychiatry clinical sample. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(9), 1419-1425.
- Izquierdo-Domínguez, A., Jauregui, I., Del Cuvillo, A., Montoro, J., Dávila, I., Sastre, J., ... & Valero11, A. L. (2017). Allergy rhinitis: similarities and differences between children and adults. *Rhinology*, 55(4), 326-31.
- Jaruvongvanich, V., Mongkolpathumrat, P., Chantaphakul, H., & Klaewsongkram, J. (2016). Extranasal symptoms of allergic rhinitis are difficult to treat and affect quality of life. *Allergology International*, 65(2), 199–203. doi: 10.1016/j.alit.2015.11.006
- Jaser, S. S. (2010). Psychological problems in adolescents with diabetes. *Adolescent medicine: state of the art reviews*, 21(1), 138-150.
- Jindal, S. K., Aggarwal, A. N., Gupta, D., Agarwal, R., Kumar, R., Kaur, T., ... & Shah, B. (2012). Indian study on epidemiology of asthma, respiratory symptoms and chronic bronchitis in adults. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 16(9), 1270-1277.
- Johansson, S. G. O., Bieber, T., Dahl, R., Friedmann, P. S., Lanier, B. Q., Lockey, R. F., ... & Thien, F. (2004). Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *Journal of allergy and clinical immunology*, 113(5), 832-836.
- Johnson, B., Eiser, C., Young, V., Brierley, S., & Heller, S. (2013). Prevalence of depression among young people with Type 1 diabetes: a systematic review. *Diabetic Medicine*, 30(2), 199-208.
- Jones, S.L., Weinberg, M., Ehrlich, R.I. & Roberts, K., 2000, 'Knowledge, attitudes, and practices of parents of asthmatic children in Cape Town', *Journal of Asthma* 37(6), 519–528. doi: 10.3109/02770900009055479

- Jörngården, A., Wettergen, L., & Von Essen, L. (2006). Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health and quality of life outcomes*, 4(1), 91.
- Juniper, E. F., & Guyatt, G. H. (1991). Development and testing of a new measure of health status for clinical trials in rhinoconjunctivitis. *Clinical & Experimental Allergy*, 21(1), 77-83.
- Juniper, E. F., Guyatt, G. H., & Dolovich, J. (1994). Assessment of quality of life in adolescents with allergic rhinoconjunctivitis: development and testing of a questionnaire for clinical trials. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 93(2), 413-423.
- Juniper, E. F., Howland, W. C., Roberts, N. B., Thompson, A. K., & King, D. R. (1998). Measuring quality of life in children with rhinoconjunctivitis. *Journal of allergy and clinical immunology*, 101(2), 163-170.
- Juniper, E. F., Riis, B., & Juniper, B. A. (2007). Development and validation of an electronic version of the Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire. *Allergy*, 62(9), 1091-1093.
- Kagan, R. S. (2003). Food allergy: An overview. *Environmental Health Perspectives*, 111(2), 223. doi: 10.1289/ehp.5702
- Keane, L., & Loades, M. (2016). Review: Low self-esteem and internalizing disorders in young people - a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(1), 4-15. doi: 10.1111/camh.12204
- Kerr, M., Stattin, H., Biesecker, G., & Ferrer-Wreder, L. (2003). Relationships with parents and peers in adolescence. *Handbook of psychology*, 395-419.
- Khoshouei, M. S. (2009). Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Using Iranian Students. *International Journal of Testing*, 9(1), 60-66. doi: 10.1080/15305050902733471
- Kiebert, G., Sorensen, S. V., Revicki, D., Fagan, S. C., Doyle, J. J., Cohen, J., & Fivenson, D. (2002). Atopic dermatitis is associated with a decrement in

health-related quality of life. *International journal of dermatology*, 41(3), 151-158.

Kim, M. B., Kim, J. H., Lee, K. H., Hong, S. C., Lee, H. S., & Kang, J. W. (2017). The association between the parenting stress of the mother and the incidence of allergic rhinitis in their children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 101, 37–40. doi: 10.1016/j.ijporl.2017.07.023

King, R. M., Knibb, R. C., & Hourihane, J. O. B. (2009). Impact of peanut allergy on quality of life, stress and anxiety in the family. *Allergy*, 64(3), 461-468.

Klinnert, M. D., Nelson, H. S., Price, M. R., Adinoff, A. D., Leung, D. Y., & Mrazek, D. A. (2001). Onset and persistence of childhood asthma: predictors from infancy. *Pediatrics*, 108(4), E69.

Kököneyi, G., Józán, A., Morgan, A., Szemenyei, E., Urbán, R., Reinhardt, M., & Demetrovics, Z. (2015). Perseverative thoughts and subjective health complaints in adolescence: Mediating effects of perceived stress and negative affects. *Psychology & Health*, 30(8), 969-986. doi: 10.1080/08870446.2015.1007982

Kremer, B., Den Hartog, H. M., & Jolles, J. (2002). Relationship between allergic rhinitis, disturbed cognitive functions and psychological well-being. *Clinical & Experimental Allergy*, 32(9), 1310-1315.

Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S., Pérez-Marín, M., & Montoya-Castilla, I. (2017). Estrés, Ansiedad y Depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Calidad de Vida y Salud*, 10(1), 10–22.

Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S., Valero-Moreno, S., Pérez-Marín, M. & Montoya-Castilla, I. (2018). Adolescente con Diabetes Mellitus Tipo 1: sintomatología depresiva y estilos parentales. En V.J. Prado-Gascó & L. Lacomba-Trejo (Ed.), *Calidad de vida y salud: desde una perspectiva multidisciplinar* (pp. 137-155). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Universidad de Flores.

- Lafuente, M., & Cantero, M. J. (2010). *Apego, amistad y amor*. Madrid: Ediciones Vinculaciones afectivas Pirámide.
- Lapierre, S. (2008). Emotional intelligence and well-being in old age. Presentación oral en el Simposio "Importance of emotional intelligence in positive outcomes during life span", en el 4ª Conferencia Europea de Psicología Positiva, Opatija-Rijeka, Croacia.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- LeBovidge, J. S., Strauch, H., Kalish, L. A., & Schneider, L. C. (2009). Assessment of psychological distress among children and adolescents with food allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 124(6), 1282-1288.
- Lebrero, A. (2010). *Impacto de la alergia a alimentos en la vida cotidiana de los niños alérgicos y de sus familiares* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Lee, A., Hamiwka, L. D., Sherman, E. M., & Wirrell, E. C. (2008). Self-concept in adolescents with epilepsy: biological and social correlates. *Pediatric neurology*, 38(5), 335-339.
- Leventhal H, Nerenz D, Steele D. J. (1984). *Illness representations and coping with health threats*. In A Baum, S. E., Taylor, J. E., Singer eds. *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale NJ: Erlbaum, 219-52
- Leventhal, H., & Diefenbach, M. (1997). The active side of illness cognition. En *Mental representation in health and illness* (247-272). Springer, New York, NY.
- Leynaert, B., Neukirch, C., Liard, R., Bousquet, J., & Neukirch, F. (2000). Quality of life in allergic rhinitis and asthma: a population-based study of young adults. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 162(4), 1391-1396

- Leynaert, B., Neukirch, F., Demoly, P., & Bousquet, J. (2000). Epidemiologic evidence for asthma and rhinitis comorbidity. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 106(5), 201-205.
- Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2017). Using Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) on patients with epilepsy: Confirmatory factor analysis and Rasch models. *Seizure*, 45, 42-46.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, & Tomás-Marco, A. H. I. (2014) El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada Introducción Determinación de la adecuación del Análisis. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151–1169.
- López, P. L., Bortolato, D., Margiolakis, P., Morgenfeld, M., Rosell, L., & Gercovich, D. (2009). Relación entre sintomatología ansioso-depresiva y percepción de enfermedad en una muestra de pacientes oncológicos. Resultados basales de un estudio de seguimiento terapéutico. Presentación oral en "XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR", en I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Maccoby, E.E. & Martin, J. (1983). Socialization in The Context of the family Parent-child interactions. En E. M. Hetherington y P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child Psychology* (Vol. 4, pp. 1-101). New York: Wiley.
- Macdougall, C. F., Cant, A. J., & Colver, A. F. (2002). How dangerous is food allergy in childhood? The incidence of severe and fatal allergic reactions across the UK and Ireland. *Archives of disease in childhood*, 86(4), 236-239.
- Macedo, E. A., Appenzeller, S., & Costallat, L. T. L. (2018). Depression in systemic lupus erythematosus: gender differences in the performance of the Beck Depression Inventory (BDI), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Lupus*, 27(2), 179-189.

- Malizia, V., Fasola, S., Ferrante, G., Cilluffo, G., Gagliardo, R., Landi, M., ... & La Grutta, S. (2018). Comparative Effect of Beclomethasone Dipropionate and Cetirizine on Acoustic Rhinometry Parameters in Children With Perennial Allergic Rhinitis: A Randomized Controlled Trial. *Journal of investigational allergology & clinical immunology*, 28(6), 392-400.
- Marino-Sánchez, F., Valls-Mateus, M., & Mullol, J. (2018). Multimorbilidad en la rinitis alérgica pediátrica. *Revista de Rinología*, 18(2), 54-64.
- Marklund, B., Ahlstedt, S., & Nordström, G. (2004). Health-related quality of life among adolescents with allergy-like conditions – with emphasis on food hypersensitivity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), 1–12. doi: 10.1186/1477-7525-2-65
- Marklund, B., Ahlstedt, S., & Nordström, G. (2006). Health-related quality of life in food hypersensitive schoolchildren and their families: parents' perceptions. *Health and quality of life outcomes*, 4(1), 48.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Marsollier, R., & Aparicio, M. (2011). El bienestar psicológico en el trabajo y su vinculación con el afrontamiento en situaciones conflictivas. *Psicoperspectivas*, 10(1), 209-220.
- Matterne, U., & Apfelbacher, C. (2013). Is the impact of atopic disease on children and adolescents' health related quality of life modified by mental health? Results from a population-based cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 115.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators* (pp. 3–31). New York: Basic Books.
- McCubbin, M., Balling, K., Possin, P., Frierdich, S., & Bryne, B. (2002). Family resiliency in childhood cancer. *Family relations*, 51(2), 103-111.
- Meintjes, K. F., & Nolte, A. G. (2015). Parents' experience of childhood atopic eczema in the public health sector of Gauteng. *Curationis*, 38(1), 1-8.

- Meldrum, S. J., D'Vaz, N., Dunstan, J. A., Mori, T. A., Hird, K., Simmer, K., & Prescott, S. L. (2012). Allergic disease in the first year of life is associated with differences in subsequent neurodevelopment and behaviour. *Early human development*, 88(7), 567-573.
- Melero, R. & Cantero, M.J. (2008). Cuestionario de apego adulto: evaluación en población española. *Infocop*, 40, 51-52. Recuperado de <http://www.cop.es/infocop/pdf/1645>.
- Melero, R. & Cantero, M.J. (2008). Los estilos de apego en población española: un cuestionario de evaluación. *Clínica y Salud*, 19, 83-100.
- Meltzer, E. O. (2001). Quality of life in adults and children with allergic rhinitis. *Journal of allergy and clinical immunology*, 108(1), 45-53.
- Mérida, J. V. (2001). Epidemiología y factores de riesgo de la rinitis alérgica y las enfermedades alérgicas. *Alergia, asma e inmunología pediátricas*, 10(2), 32.
- Miller, G. E., & Cohen, S. (2001). Psychological interventions and the immune system: A meta-analytic review and critique. *Health Psychology*, 20(1), 47.
- Modi, M., Driscoll, K. A., Montag-Leifling, K. & Acton, J. D. (2011). Screening for Symptoms of Depression and Anxiety in Adolescents and Young Adults With Cystic Fibrosis. *Pediatric Pulmonology*, 46(2), 153–159.
- Molander, B., Holmström, S., & Jansson, J. (2005). ESCQ-45 as related to self-rated job stress and health. Presentación oral en el Simposio "Cross-cultural validation of Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ)", en el 9º Congreso Europeo de Psicología, Granada, España.
- Molina-García, J., Castillo, I., & Pablos, C. (2007). Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios. *European Journal of Human Movement*, 18, 79-91.
- Mónaco, E., Montoya-Castilla, I., & De la Barrera, U. (2017). Desarrollo de un programa de intervención para mejorar las competencias emocionales,

el afecto positivo y la empatía en la adolescencia. *Calidad de Vida y Salud*, 1(1), 41–56.

Monaghan, M., Horn, I. B., Alvarez, V., Cogen, F. R. y Streisand, R. (2012). Authoritative parenting, parenting stress, and self-care in pre-adolescents with type1 diabetes. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 19(3), 255-261.

Monaghan, M., Horn, I. B., Alvarez, V., Cogen, F. R., & Streisand, R. (2012). Authoritative parenting, parenting stress, and self-care in pre-adolescents with type 1 diabetes. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 19(3), 255-261.

Moneret-Vautrin, D. A., Kanny, G., Morisset, M., Rance, F., Fardeau, M. F., & Beaudouin, E. (2004). Severe food anaphylaxis: 107 cases registered in 2002 by the Allergy Vigilance Network. *European annals of allergy and clinical immunology*, 36(2), 46-51.

Montiel-Nava, C., & Peña, J.A. (2001). Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Revista de Neurología*, 32(6), 506-511.

Moore, K., David, T. J., Murray, C. S., Child, F., & Arkwright, P. D. (2006). Effect of childhood eczema and asthma on parental sleep and well-being: a prospective comparative study. *British Journal of Dermatology*, 154(3), 514-518.

Morawska, A., Calam, R., & Fraser, J. (2015). Parenting interventions for childhood chronic illness: a review and recommendations for intervention design and delivery. *Journal of Child Health Care*, 19(1), 5-17.

Moreno, C., Muñoz, M.V., Pérez, P., & Sánchez, I. (2006). Los adolescentes españoles y sus familias: calidad en la comunicación con el padre y con la madre y conductas de riesgo relacionadas con el consumo de sustancias adictivas. *Cultura y Educación*, 18(3-4), 345-362.

Mortz, C. G., Lauritsen, J. M., Bindslev-Jensen, C., & Andersen, K. E. (2001). Prevalence of atopic dermatitis, asthma, allergic rhinitis, and hand and

contact dermatitis in adolescents. *British Journal of Dermatology*, 144(3), 523–532.

Moscato, G., Vandenplas, O., Gerth Van Wijk, R., Malo, J. L., Walusiak, J., & Quirce, S. (2008). Occupational rhinitis. *Allergy*, 63, 969-80.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ- R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.

Muller-Godeffroy, E., Treichel, S., & Wagner, V. (2009). Investigation of quality of life and family burden issues during insulin pump therapy in children with Type 1 diabetes mellitus. A large-scale multicentre pilot study. *Diabetic Medicine*, 26, 493–501.

Mumford, D. B., Tareen, I.A., Bajwa, M. A., Bathi, M. R., & Karin, R. (1991) The translation and evaluation of an Urdu version of the hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 81-85.

Muñoz, R., Montoya-Castilla, I., Pérez, M. y Prado-Gascó, V. J. (2015). Ansiedad y Depresión en el niño Diabético y su relación con los estilos Familiares. *Calidad de Vida y Salud*, 8(2), 104-117.

Musitu, G., & Cava, J. M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Psychosocial intervention*, 12(2).

Naafs, M. (2018). The Burden of Allergic Rhinitis: A Mini-Review. *Global Journal of Otolaryngology*, 13(1). doi: 10.19080/gjo.2018.13.555854

Nathan, R. A. (2007). The burden of allergic rhinitis. *Allergy and Asthma Proceedings*, 28(1), 3–9. doi: 10.2500/aap.2007.28.2934

Navarro-Pardo, E., Meléndez, J.C., Sales, A., & Sancerni, M.D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.

Navarro-Pardo, E., Meléndez, J.C., Sales, A., & Sancerni, M.D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.

- Nieto, A., Mazon, A., Martin-Mateos, M. A., Plaza, A. M., Garde, J., ...& Alonso, E. (2011). Pediatric allergy and immunology in Spain. *Pediatric Allergy Immunology*, 22(7), 742-750.
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., & Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of a breastfeeding self-efficacy scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(63), 3–8.
- Nwaru, B. I., Takkinen, H. M., Kaila, M., Erkkola, M., Ahonen, S., Pekkanen, J., ... & Knip, M. (2014). Food diversity in infancy and the risk of childhood asthma and allergies. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 133(4), 1084-1091.
- Ojeda, P. M., Ibáñez, M. D., Olaguibel, J. M., Sastre, J., & Chivato, T. (2018). Alergológica 2015: A national survey on allergic diseases in the Spanish pediatric population. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 28(5), 321–329. doi: 10.18176/jiaci.0308
- Okubo, K., Kurono, Y., Ichimura, K., Enomoto, T., Okamoto, Y., Kawauchi, H., ... Masuyama, K. (2017). Japanese guidelines for allergic rhinitis 2017. *Allergology International*, 66(2), 205–219. doi: 10.1016/j.alit.2016.11.001
- Olaguibel J. M., & Álvarez, M. (2004). *Pruebas de función pulmonar e hiperrespuesta bronquial*. En J. M. Olaguibel, S. Quirce & T. Carrillo (Eds.), *Asma: clínica y terapéutica*. Barcelona: MRA Ediciones.
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37(3), 209-223.
- Oliva, A., Antolín, L., Pertegal, M.A., Ríos, M., Parra, A., Hernando, A., y Reina M.C. (2011). *Instrumentos de evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo en adolescente y los activos que promueven*. Junta de Andalucía: Consejería de Salud.
- Oliva, A., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2002). Relaciones con padres e iguales como predictoras del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 20(2), 225-246.

- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I., y López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23, 1-10.
- Olson, D. H. (1985). *Faces III*. Family Social Science, University of Minnesota.
- Olson, D.H., Russell, C.S. y Sprenkle, D.H. (1983). Circumplex model of marital and family system, VI: Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83
- Orbuck, T.L. et al. (2005): "Parent-child relationships' and quality of live: Resilience among childhood cancer survivors". *Family Relations*, 54, 171-183.ç
- Ortiz Villalobos, A. (2010). Alteraciones psiquiátricas en la adolescencia (II). *Actualización-Medicine*, 10, 4212-4223.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F. y Sastre, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 14-26.
- Ostblom, E., Egmar, A.C., Gardulf, A., Lilja, G., & Wickman, M. (2008). The impact of food hypersensitivity reported in 9-year-old children by their parents on health-related quality of life. *Allergy*, 63(2), 211-218.
- Pacheco, N., & Fernández-Berrocal, P. (2005). Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ): Adaptation to Spanish, reliability and its relationship with well-being indexes. Presentación oral en el Simposio "Cross-cultural validation of Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ)", en el 9th Congreso Europeo de Psicología, Granada, España.
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P. & Del Val, J. L. (2012). Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*, 44, 280-287.

- Pampliega, A. M., Castillo, I. I., Sanz, M., y Galíndez, E. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International journal of clinical and health psychology*, 6(2), 317-338.
- Parker, G., Wilhelm, K., Mitchell, P., Austin, M. P., Roussos, J., Gladstone, G. (1999). The influence of anxiety as a risk to early onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 52(1-3), 11-17.
- Parra, A., y Oliva, A. (2006). Un análisis longitudinal sobre las dimensiones relevantes del estilo parental durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 29(4), 453-470.
- Patterson, J.M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64, 349-360.
- Patton, S. R., Dolan, L. M., Smith, L. B., Thomas, I. H., & Powers, S. W. (2011). Pediatric parenting stress and its relation to depressive symptoms and fear of hypoglycemia in parents of young children with type 1 diabetes mellitus. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 18(4), 345-352.
- Patton, S. R., Dolan, L. M., Smith, L. B., Thomas, I. H., & Powers, S. W. (2011). Pediatric parenting stress and its relation to depressive symptoms and fear of hypoglycemia in parents of young children with type 1 diabetes mellitus. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 18(4), 345-352.
- Pawankar, R. (2014). Allergic diseases and asthma: a global public health concern and a call to action. *World Allergy Organization Journal*, 7 (12). doi: 10.1186/1939-4551-7-12
- Pawankar, R., Canonica, G. W., Holgate, S. T., Lockey, R. F., & Blaiss, M. S. (2013). WAO white book on allergy: update 2013. *World Allergy Organization*, 11-9.
- Pérez-Marín, M., Montoya-Castilla, I., Lacomba-Trejo, L. y Casaña-Granell, S. (2016). Problemas emocionales y estrés ante la enfermedad en los

familiares del paciente diabético pediátrico. *Cultura Educación y Sociedad* 7(2), 122-138.

Peris, M., Maganto, C., & Garaigordobil, M. (2016). Escala de Autoestima Corporal: Datos psicométricos de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3, 51-58.

Pinquart, M. (2013). Self-esteem of children and adolescents with chronic illness: A meta-analysis. *Child: Care, Health and Development*, 39(2), 153-161.

Pinquart, M., y Shen, Y. (2011). Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: An updated meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(4), 375-384.

Polaino-Lorente, A., Gil, J., (1994). *Psicología y diabetes infantojuvenil*. Madrid: Siglo veintiuno de España editores, S.A.

Portner, J. A. (1982). Parent/adolescent relationships: interaction types and the circumplex model. *Unpublished dissertation*. St. Paul, Minnesota: Family Social Science, University of Minnesota.

Qualter, P., Gardner, K. J., Pope, D. J., Hutchinson, J. M., & Whiteley, H. E. (2012). Ability emotional intelligence, trait emotional intelligence, and academic success in British secondary schools: A 5year longitudinal study. *Learning and Individual Differences*, 22(1), 83-91. doi: 10.1016/j.lindif.2011.11.007

Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 25, 56-83.

Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui I., Bilbao, A., y Ruiz, I. (2003). Evaluation of the Psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 10, 216-22.

- Rahola, R., Garde, T. M., Cozzetti, E., Blaustein, C. L., Cornellà, J., y Granell, C. J. C. S. (2001) La adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En Buil, C., Lete, I., Rahola, R., y De Pablo, J. L. *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia*. (27-83). Zaragoza, España: INO Reproducciones, S.A.
- Resurrección, D., Salguero, J., y Ruiz-Aranda, D. (2014). Emotional intelligence and psychological maladjustment in adolescence: A systematic review. *Journal of adolescence*, 37(4), 461-472.
- Risal, A., Manandhar, K., Linde, M., Koju, R., Steiner, T. J., & Holen, A. (2015). Reliability and validity of a Nepali-language version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Kathmandu University Medical Journal*, 13(2), 115-124.
- Riverón, G. B., Guzmán, M. O., Miranda, A. L., Vazquez, O. A., & Ortiz, G. U. (2015). Validación del cuestionario breve sobre percepción de la enfermedad (BIPQ) en hipertensos. *Revista de Psicología Trujillo*, 15(1), 78-91.
- Robinson, S., Buchs, S., Hammerby, E., & Kennedy-Martin, T. (2017). A Review of The Quality of Life and Educational Burden of Allergic Rhinitis on Adolescents. *Value in Health*, 20(9), A648.
- Rosa-Alcázar, A. I., Parada-Navas, J. L., & Rosa-Alcázar, Á. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(1), 133-142.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, T., & Shields, C. G. (2009). The role of parent-adolescent attachment in the glycemic control of adolescents with type 1 diabetes: A pilot study. *Families, Systems, & Health*, 27(3), 237.

- Rosland, A.M., Heisler, M., & Piette, J.D. (2012). The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review. *Journal of behavioral medicine*, 35(2), 221-239.
- Ruchkin, V., Jones, S., Vermeiren, R., & Schwab-Stone, M. (2008). The Strengths and Difficulties Questionnaire: The Self-Report Version in American Urban and Suburban Youth. *Psychological Assessment*, 20, 175-182
- Ryan, P. H., Rothenberg, M. E., Assa'ad, A. H., Khurana-Hershey, G., Newman, N., LeMasters, G. K., ... Bernstein, D. (2015). Allergic Diseases and Internalizing Behaviors in Early Childhood. *Allergic Diseases and Internalizing Behaviors in Early Childhood. Pediatrics*, 137(1). doi: 10.1542/peds.2015-1922
- Ryan, R.M., Plant, R.W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279-297.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1.069-1.081.
- Sampson, H. A., Muñoz-Furlong, A., Campbell, R. L., Adkinson Jr, N. F., Bock, S. A., Branum, A., ... & Gidudu, J. (2006). Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report—Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 117(2), 391-397.
- Sánchez-Queija, I., Oliva, A., & Parra, Á. (2006). Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 21(3), 259-271.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Allergic rhinitis: relationships with anxiety and mood syndromes. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(7), 12.
- Scadding, G. K., Kariyawasam, H.H., Scadding, A., & T Clark. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. *Clinical & Experimental Allergy*, 38(1), 19-42.

- Scali, J., Gandubert, C., Ritchie, K., Soulier, M., Ancelin, M. L., & Chaudieu, I. (2012). Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Role of trauma exposure and anxiety disorders. *PloS one*, 7(6), e39879.
- Schipper, H., Clinch, J., & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. *Quality of life assessment in clinical trials*, 11-24.
- Schmitt J, Buske-Kirschbaum A, Roessner V. (2010). Is atopic disease a risk factor for attention-deficit/hyperactivity disorder? A systematic review. *Allergy*, 12, 1506–24.
- Schmutte, P. S., y Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549.
- Schoeps, K., Tamarit, A., & Montoya-Castilla, I. (2017). Cuestionario de competencias y habilidades emocionales (ESCQ-21): diferencias por sexo y edad en la adolescencia. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 5(1), 77–87.
- Schoeps, K., Tamarit, A., Montoya-Castilla, I., & Takšić, V. (2019). *Spanish adaptation and validation of the Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ)*. European Journal of Psychological Assessment.
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2016). Comment on Developments in Trait Emotional Intelligence Research: A Broad Perspective on Trait Emotional Intelligence. *Emotion Review*, 8(4), 1– 2. doi: 10.1037/0021
- Seguí, J. D., Ortiz-Tallo, M., & De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología*, 24(1), 100-105.
- Seino, S., Watanabe, S., Ito, N., Sasaki, K., Shoji, K., Miura, S., ... & Fukudo, S. (2012). Enhanced auditory brainstem response and parental bonding style in children with gastrointestinal symptoms. *PloS one*, 7(3), e32913.

- Shalowitz, M. U., Mijanovich, T., Berry, C. A., Clark-Kauffman, E., Quinn, K. A., & Perez, E. L. (2006). Context matters: a community-based study of maternal mental health, life stressors, social support, and children's asthma. *Pediatrics*, 117(5), e940-8.
- Shek, D. T. L., & Leung, J. T. Y. (2016). Socio-demographic and family determinants of emotional competence of high school students in Hong Kong: a 6-year longitudinal study. *International Journal on Disability and Human Development*, 15(4), 397–408. doi: 10.1515/ijdh-2017-5007
- Shek, D.T. (2000). Parental marital quality and well-being, parent-child relational quality, and Chinese adolescent adjustment. *American Journal of Family Therapy*, 28(2), 147-162.
- Sherifali, D., Ciliska, D., & O'Mara, L. (2009). Parenting children with diabetes: exploring parenting styles on children living with type 1 diabetes mellitus. *The Diabetes educator*, 35(3), 476-483. doi:10.1177/0145721709333268.
- Shevlin, M.E., Bunting, B.P., y Lewis, C.A. (1995). Confirmatory factor analysis of Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychological Reports*, 16, 1017-1071.
- Shorer, M., David, R., Schoenberg-Taz, M., Levavi-Lavi, I., Phillip, M., & Meyerovitch, J. (2011). Role of parenting style in achieving metabolic control in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 34(8), 1735-1737.
- Siegel, D. J. (2014). *Tormenta cerebral: el poder y el propósito del cerebro adolescente*. Alba Editorial.
- Skoner, D. P. (2001). Allergic rhinitis: definition, epidemiology, pathophysiology, detection, and diagnosis. *Journal of allergy and clinical immunology*, 108(1), 2-8.
- Spergel, J. M. (2010). Epidemiology of atopic dermatitis and atopic march in children. *Immunology and Allergy Clinics*, 30(3), 269-280.

- Spinhoven, P. H., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M., & Van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological medicine*, 27(02), 363-370.
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C., Vermulst, A. A., & Janssens, J. M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(3), 254-274. doi: 10.1007/s10567-010-0071-2.
- Streisand, R., Braniecki, S., Tercyak, K.P., & Kazak, A.E. (2001). Childhood illness-related parenting stress: The Pediatric Inventory for Parents. *Journal Pediatric Psychology*, 26, 155-162.
- Suárez, L., Huerta, J., & del Olmo, H. (2010). Aspectos psicológicos del asma. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*, 19(1), 18-22.
- Subbarao, P., Mandhane, P.J. & Sears, M. R. (2009). Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *Canadian Medical Association Journal*, 181(9), 181-189. doi:10.1503/cmaj.080612.
- Taksic, V., Mohoric, T., & Duran, M. (2009). Emotional skills and competence questionnaire (ESCQ) as a self-report measure of emotional intelligence. *Horizons of Psychology*, 18(3), 7-21.
- Takšić, V., Mohorić, T., & Duran, M. (2009). Emotional skills and competence questionnaire (ESCQ) as a self-report measure of emotional intelligence. *Horizons of Psychology*, 18(3), 7-21.
- Talesnik, E., & Hoyos, R. (2006). Nueva nomenclatura de las enfermedades alérgicas: Su aplicación a la práctica pediátrica. *Revista chilena de pediatría*, 77(3), 239-246.
- Tang, M. L., & Mullins, R. J. (2017). Food allergy: Is prevalence increasing? *Internal Medicine Journal*, 47(3), 256-261. doi: 10.1111/imj.13362.

- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., & Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(2), 494-503.
- Thommen A. A. (1931). Hayfever. In: Coca. A. F., Walzer, M, Thommen, A. A., editors. *Asthma and Hayfever in Theory and Practice*. Springfield, IL: CC Thomas, 487-528.
- Thomson, K. F., Wilkinson, S. M., Sommer, S., & Pollock, B. (2002). Eczema: quality of life by body site and the effect of patch testing. *British Journal of Dermatology*, 146(4), 627-630.
- Thong, B. Y. H., & Tan, T. C. (2011). Epidemiology and risk factors for drug allergy. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 71(5), 684–700. doi: 10.1111/j.1365-2125.2010.03774.x
- Torio, S., Peña, J.V. y Rodríguez, M.C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión b bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la educación*, 20, 151-178.
- Trisan Alonso, A., López Viña, A., & Ussetti Gil, P., (2014). Actualización en asma. *Actualización-Medicine*, 11(6),3861-3873.
- Tur, A.M. (2003). *Conducta agresiva y prosocial en relación con temperamento y hábitos de crianza en niños y adolescentes*. (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia.
- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Trudeau, J. J., Benson, C., Biondi, D. M., Katz, N. P., & Kim, M. (2015). Validation of the hospital anxiety and depression scale in patients with acute low back pain. *The Journal of Pain*, 16(10), 1012-1021.
- Tur-Porcar, A. M., Mestre, M. V., Samper, P. & Malonda, E. (2012). Crianza y agresividad de los menores: ¿es diferente la influencia del padre y de la madre? *Psicothema*, 24(2), 284-288.

- Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S., Prado-Gascó, V., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2019a). Factorial structure of the scale "Hospital anxiety and depression scale (HADS)" in adolescent patients with chronic disease (in press). *Archivos Argentinos de Pediatría*.
- Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S., Prado-Gascó, V., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2019b). Propiedades psicométricas del cuestionario de percepción de amenaza de la enfermedad crónica en pediatría (in press). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Valls-mateus, M., & Mullol, J. (2018). Multimorbilidad en la rinitis alérgica pediátrica. *Revista de Rinología*, 18(2), 54–64.
- Varona Pérez, P., Fabré Ortiz, D., Águila, R., Corona, B., Fernández, S. V., & Suárez Medina, R. (2012). Prevalencia de síntomas de dermatitis atópica en niños y adolescentes en La Habana (2002-2003). *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(1), 42-51.
- Vázquez, A. J., Vázquez-Morejón, R., y Bellido, G. (2003). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 37-43.
- Viera, A., López, S., y Barrenechea, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-39.
- Vostanis, P. (2006). Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 367-372. doi: 10.1097/01.yco.0000228755.72366.05.
- Wallace, D. V., & Dykewicz, B. D. (2008). The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *Journal Allergy Clin Immunol*, 122(2), 1-84.
- Walsh, F. (2004). Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento. Buenos Aires: Amorrortu.

- Wang, J., Wu, J., & Lai, H. (2015). Allergic disease epidemiology. En *Allergy Bioinformatics* (pp. 15-41). Springer, Dordrecht.
- Wang, L., Shi, Z., Zhang, Y., & Zhang, Z. (2010). Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale in Chinese earthquake victims. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 64(5), 499-504.
- Warren, C. M., Otto, A. K., Walkner, M. M., & Gupta, R. S. (2016). Quality of life among food allergic patients and their caregivers. *Current allergy and asthma reports*, 16(5), 38.
- Warschburger, P., Buchholz, H. T., & Petermann, F. (2004). Psychological adjustment in parents of young children with atopic dermatitis: which factors predict parental quality of life?. *British Journal of Dermatology*, 150(2), 304-311.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*, 11(3), 431-445.
- Wenger, L., y Andres-Pueyo, A. (2016). Tests personológicos y clínicos en español para evaluar adolescentes infractores. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 89-106.
- White, D., Leach, C., Sims, R., Atkinson, M., y Cottrell, D. (1999). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 175(5), 452-454.
- WHO. Quality of Life. Document 112; 1994. Publisher Working Group WHO QoL. Geneva: WHO
- Williams, P. G., Holmbeck, G. N. y Greenley, R. N. (2002). Adolescent Health Psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 828-842. doi: 10.1037//0022-006X.70.3.828.
- Xi, L., Zhang, Y., Han, D., & Zhang, L. (2012). Effect of Asthma, Aeroallergen Category, and Gender on the Psychological Status of Patients With

Allergic Rhinitis. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 22(4), 264.

Yaghmaie, P., Koudelka, C. W., & Simpson, E. L. (2013). Mental health comorbidity in patients with atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 131(2), 428-433.

Yang, Y., Ding, R., Hu, D., Zhang, F., & Sheng, L. (2014). Reliability and validity of a Chinese version of the HADS for screening depression and anxiety in psycho-cardiological outpatients. *Comprehensive psychiatry*, 55(1), 215-220.

Yuksel H, Sogut A, & Yilmaz O. (2008). Attention deficit and hyperactivity symptoms in children with asthma. *Journal of Asthma*, 7, 545-7.

Yüksel, H., Yılmaz, Ö., Söğüt, A., & Eser, E. (2009). Validation and reliability study of the Turkish version of the Pediatric Rhinitis Quality of Life Questionnaire. *The Turkish journal of pediatrics*, 51(4), 361.

Zegers, B., Larraín, M. E., Polaino-Lorente, A., Trapp, A., & Diez, I. (2003). Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista Chilena de Neurof-psiquiatría*, 41(1), 39-54.

Zheng, T., Yu, J., Oh, M. H., & Zhu, Z. (2011). The atopic march: progression from atopic dermatitis to allergic rhinitis and asthma. *Allergy, asthma & immunology research*, 3(2), 67-73.

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Zubeldia, J. M., Senent, C. J., & Baeza, I. J. T. M. L. (2012). *Libro de las enfermedades alérgicas de la Fundación BBVA*. Fundacion BBVA.

Zubillaga, D.M., Rodríguez, Á.S., Hinojal, C.T., Serrano, A.C., y García, E.O. (2009). Uso del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ)

como instrumento de cribado de trastornos psiquiátricos en la consulta de pediatría de Atención Primaria. *Boletín de Pediatría*, 49(209), 259-262.

VII. ANEXOS

Modelo de consentimiento informado y compromiso de confidencialidad

El proyecto de investigación para el cual le pedimos su participación se titula:

"Factores psicosociales y de adaptación del paciente pediátrico con patología alérgica crónica y su familia".

Don/Doña _____,

mayor de edad, titular del DNI : _____, por el presente documento

☐ padre, ☐ madre, ☐ tutor legal del paciente pediátrico adolescente con enfermedad alérgica de _____

por el presente documento manifiesto que:

He sido informado/a de las características del Proyecto de Investigación titulado: "**Factores psicosociales y de adaptación del paciente pediátrico con patología alérgica crónica y su familia**". He leído tanto el apartado 1 del presente documento titulado "información al sujeto de experimentación", como el apartado 2 titulado "compromiso de confidencialidad", y he podido formular las dudas que me han surgido al respecto. Considero que he entendido dicha información.

Estoy informado/a de la posibilidad de retirarme en cualquier momento del estudio.

En virtud de tales condiciones, consiento participar en este estudio.

Y en prueba de conformidad, firmo el presente documento en el lugar y fecha que se indican a continuación.

Valencia, _____ de _____ de 20__.

Nombre y apellidos del / de la participante: Firma:	Nombre y apellidos del investigador principal: Firma:
---	---

Cuestionario ad-hoc sobre variables socio-demográficas y médicas de paciente

FECHA:

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: ____Mujer ____ Hombre

Estudios que está realizando (curso): _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Tiempo desde el diagnóstico: _____

Tiempo en tratamiento: _____

Número de ingresos hospitalarios: _____

Medicación: _____

Cuestionario ad-hoc sobre variables socio-demográficas y médicas cuidador

Parentesco con el paciente: _____

MADRE

Edad	Fecha nacimiento	Profesión

Situación laboral actual:

- ☐ Funcionario/a
- ☐ Contrato indefinido
- ☐ Contrato temporal menos de 6 meses
- ☐ Contrato temporal 6 meses o más
- ☐ Desempleado cobrando paro/subsidio
- ☐ Desempleado sin cobrar
- ☐ Otros:

Historial laboral

Si estás en activo, indica desde hace cuánto tiempo:

Si estás desempleado, indica desde hace cuánto tiempo:

Nivel de estudios:

- ☐ Graduado escolar sin completar
- ☐ Graduado Escolar
- ☐ Bachiller/Formación profesional
- ☐ Estudios superiores

PADRE

Edad	Fecha nacimiento	Profesión

Situación laboral actual:

- ☐ Funcionario/a
- ☐ Contrato indefinido
- ☐ Contrato temporal menos de 6 meses
- ☐ Contrato temporal 6 meses o más
- ☐ Desempleado cobrando paro/subsidio
- ☐ Desempleado sin cobrar
- ☐ Otros:

Historial laboral

Si estás en activo, indica desde hace cuánto tiempo:

Si estás desempleado, indica desde hace cuánto tiempo:

Nivel de estudios:

- ☐ Graduado escolar sin completar
- ☐ Graduado Escolar
- ☐ Bachiller/Formación profesional
- ☐ Estudios superiores

FAMILIA

Estado civil:

- ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a
☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Viviendo en pareja ☐ Otros:

Nivel socioeconómico familiar (ingresos anuales familiares):

- ☐ Alto-alto (Más de 100.000€) ☐ Alto-medio (45.000€-99.999€) ☐ Medio-alto (25.500€-44.999€) ☐ Medio-medio (16.000€-25.499€)
☐ Alto-bajo (10.000€-15.999€) ☐ Bajo-medio (6.500€-9.999€) ☐ Bajo-bajo (Menos de 6.499€)

Datos de los hijos

	HIJO1	HIJO2	HIJO3	HIJO4
EDAD				
SEXO				

Enfermedades significativas que requieran atención especial en algún otro hijo/a:

¿Convive o ha convivido regularmente con algún otro familiar con problemas respiratorios?	
SI	NO
Parentesco:	

SALUD DEL CUIDADOR FAMILIAR. Indique con cuanta frecuencia ha tomado alguna medicación de este tipo la última semana.

	1 nunc a	2 casi nunc a	3 a menud o	4 un o al día	5 más de uno al día
1. Tranquilizantes.					
2. Analgésicos (medicación contra el dolor).					
3. Medicamentos para dormir.					
4. Estimulantes (mediación que sea para activar)					
5. Antidepresivos.					
6. Medicamentos para problemas cardíacos y/o tensión arterial.					
7. Otros:					

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

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

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

Inventario Pediátrico para Padres (PIP, Streisand, 2001)

Indique con qué frecuencia y el esfuerzo que ha supuesto para usted lo que se indica en cada frase.

SITUACIONES	¿Con qué frecuencia?					¿Qué esfuerzo supone?				
	1. Nunca 2. Raramente 3. Algunas veces 4. A menudo 5. Muy a menudo					1. Nada 2. Un poco 3. Algo 4. Mucho 5. Muchísimo				
1. Hablar con el médico	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Preocuparme por las consecuencias a largo plazo de la enfermedad	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Tener poco tiempo para ocuparme de mis propias necesidades	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Sentirme indefenso ante la situación de mi hijo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Hacerme cargo de los cambios en el tratamiento de mi hijo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Sentir incertidumbre sobre el futuro	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Hablar con mi hijo sobre su enfermedad	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Ayudar a mi hijo en la administración de los cuidados y el tratamiento médico	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Sentir inseguridad a la hora de disciplinar a mi hijo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Hablar con los miembros de la familia sobre la enfermedad de mi hijo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Acompañar a mi hijo durante las pruebas y tratamientos médicos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Notar un cambio en la relación con mi pareja	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC, Campbell-Sills & Stein, 2007)

Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Sé adaptarme a los cambios	0	1	2	3	4
2. Puedo manejar cualquier situación	0	1	2	3	4
3 Veo el lado positivo de las cosas	0	1	2	3	4
4. Me puedo manejar bien a pesar de la presión o el estrés	0	1	2	3	4
5. Tras un grave contratiempo suelo "volver a la carga":	0	1	2	3	4
6. Consigo alcanzar mis metas a pesar de las dificultades:	0	1	2	3	4
7 Puedo mantener la concentración bajo presión:	0	1	2	3	4
8. Dificilmente me desanimo por los fracasos	0	1	2	3	4
9. Me defino como una persona fuerte	0	1	2	3	4
10. Puedo manejar los sentimientos desagradables	0	1	2	3	4

Cuestionario de Apego Adulto (CAA, Melero, M.J. y Cantero R., 2008)

Seguidamente encontrarás una serie de afirmaciones, rodea el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe tus sentimientos o la forma de comportarse en tus relaciones. Puede que no encuentre la respuesta que defina exactamente lo que sientes, en ese caso marque la respuesta que más se aproxime a sus sentimientos. La reacción inicial a cada uno de estos enunciados suele ser la respuesta.

1	2	3	4	5	6
Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante acuerdo	Completamente de acuerdo

1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4	5	6
2. No admito discusiones si creo que tengo razón	1	2	3	4	5	6
3. Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falto de cariño	1	2	3	4	5	6
4. Prefiero no compartir mis sentimientos o pensamientos íntimos con las personas que son importantes para mí	1	2	3	4	5	6
5. Soy partidario/a del "ojo por ojo y diente por diente"	1	2	3	4	5	6
6. Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales	1	2	3	4	5	6
7. No suelo estar a la altura de los demás	1	2	3	4	5	6
8. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones	1	2	3	4	5	6
9. Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad	1	2	3	4	5	6
10. Tengo problemas para hacer preguntas personales	1	2	3	4	5	6
11. Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello	1	2	3	4	5	6
12. Cuando alguien importante para mí está triste o incluso llorando, a veces necesito alejarme	1	2	3	4	5	6
13. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos	1	2	3	4	5	6
14. Necesito compartir mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
15. Tengo sentimientos de inferioridad	1	2	3	4	5	6
16. Valoro mi independencia por encima de todo	1	2	3	4	5	6
17. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones	1	2	3	4	5	6
18. Me resulta fácil darme cuenta de cuando los demás necesitan ayuda o consuelo	1	2	3	4	5	6
19. Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella	1	2	3	4	5	6
20. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable	1	2	3	4	5	6
21. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme	1	2	3	4	5	6
22. Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1	2	3	4	5	6

23. Soy muy sensible a las críticas de los demás	1	2	3	4	5	6
24. Prefiero que las personas cercanas a mí no sepan cómo me siento por dentro	1	2	3	4	5	6
25. Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4	5	6
26. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1	2	3	4	5	6
27. soy rencoroso/a	1	2	3	4	5	6
28. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1	2	3	4	5	6
29. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo	1	2	3	4	5	6
30. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas	1	2	3	4	5	6
31. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse	1	2	3	4	5	6
32. Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
33. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales	1	2	3	4	5	6
34. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia	1	2	3	4	5	6
35. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho	1	2	3	4	5	6
36. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza	1	2	3	4	5	6
37. Me gustará cambiar muchas cosas de mi mismo	1	2	3	4	5	6
38. Suelo manipular a la gente para conseguir que hagan lo que yo quiero	1	2	3	4	5	6
39. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas	1	2	3	4	5	6
40. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a	1	2	3	4	5	6
41. Suelo darme cuenta de los sentimientos de los demás, aunque no los manifieste o sean muy sutiles	1	2	3	4	5	6
42. Siento que necesito más cuidados y/o atención que la mayoría de las personas	1	2	3	4	5	6
43. Soy muy crítico con las personas que me importan, incluso cuando actúan correctamente	1	2	3	4	5	6
44. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo	1	2	3	4	5	6
45. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer	1	2	3	4	5	6
46. Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente	1	2	3	4	5	6
47. Me resulta difícil pedir ayuda a los demás cuando lo necesito	1	2	3	4	5	6
48. Noto que la gente suele en mí y que valoran mis opiniones	1	2	3	4	5	6

Escala de Cohesión y Adaptación Familiar (CAF, Olson, 1986)

Para responder a las siguientes preguntas le pedimos que, al hablar de su familia, tenga solamente presente a las personas que acaba de nombrarnos en el reglón anterior.

	1 Casi nunca	2 Muy de vez en cuando	3 Término medio	4 Con frecuencia	5 Casi siempre
1.Nos pedimos ayuda los unos a los otros.					
2.Tenemos en cuenta las sugerencias de nuestros hijos a la hora de solucionar los problemas.					
3.Estamos de acuerdo con los amigos de cada uno de nosotros.					
4.Escuchamos lo que dicen nuestros hijos en lo que se refiere a la disciplina.					
5.Nos gusta hacer cosas con nuestros familiares más próximos.					
6.En nuestra familia mandan varias personas.					
7.Nos sentimos más unidos entre nosotros mismos que con personas que no forman parte de la familia.					
8.Tenemos diversas formas de solucionar problemas, en nuestra familia.					
9.A todos nosotros nos gusta utilizar el tiempo libre compartiéndolo con los demás miembros de la familia.					
10.Los castigos de nuestros hijos los discutimos entre mi esposo/a, nuestros hijos y yo.					
11.Nos sentimos muy unidos entre nosotros.					
12.Nuestros hijos toman decisiones en nuestra familia.					
13.Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo, no falta nadie.					
14.Las normas cambian en nuestra familia.					
15.Con facilidad podemos pensar en cosas para hacer todos juntos, en familia.					
16.Intercambiamos las responsabilidades (las tareas y las obligaciones) de la casa.					
17.Consultamos al resto de la familia sobre nuestras decisiones personales.					
18.Es difícil identificar quién manda en nuestra familia.					

19.En nuestra familia es muy importante sentirnos todos unidos.					
20.Es difícil decir quién es el encargado de cada una de las tareas de la casa.					

Corrección factores 1º y 3º Orden del CAF

Factores de 1º Orden

“Sobre los hijos” (Ítems: 2, 4, 10 y 12)	
4-9	Límites generacionales inamovibles (relación impermeable)
10-13	Límites generacionales claros; hay alguna proximidad entre padres e hijos (relación permeable)
14-17	Clara separación generacional con proximidad padres-hijos (relación-permeable)
18-20	Falta límite generacional (relación difusa)

“Sobre la unión como sentimiento” (Ítems: 7, 11 y 19)	
3-11	Separación emocional extrema. Ausencia de fidelidad familiar
12-13	Separación emocional; acercamiento limitado. Fidelidad familiar ocasional
14-15	Proximidad emocional. Alguna separación. Se espera fidelidad familiar

“Sobre el compromiso familiar” (Ítems: 1, 3, 5, 6 y 17)	
5-14	Compromiso e interacción familiar muy baja. Sensibilidad afectiva infrecuente
15-17	Compromiso aceptable, aunque se prefiere la distancia personal. Hay cierta sensibilidad afectiva
18-20	Compromiso personal muy enfatizado, pero permite la distancia. Se alientan y prefieren las interacciones afectivas
21-25	Compromiso muy alto. Fusión y sobredependencia. Gran interés y control afectivo

“Sobre la creatividad familiar” (Ítems: 9, 15 y 16)	
3-7	Negociaciones limitadas. Decisiones impuestas por los padres. Normas invariables y aplicadas estrictamente
8-10	Negociaciones estructuradas. Decisiones tomadas por los padres. Pocos cambios de normas que se aplican firmemente
11-13	Negociaciones flexibles. Acuerdo sobre las decisiones. Algunos cambios de normas aplicadas de modo flexible
14-15	Negociaciones inacabables y decisiones impulsivas. Frecuentes cambios de normas que tienen una aplicación inconsistente

“Sobre la responsabilidad” (Ítems: 18 y 20)	
2-3	Repertorio de roles limitado. Roles impuestos por los padres
4-5	Roles estables, pero pueden ser compartidos
6-7	Roles compartidos y elaborados. Cambio fluido de roles
8-10	Falta de claridad en los roles, alteración y cambios frecuentes

“Sobre la adaptación a los problemas” (Ítems: 8, 13 y 14)	
3-5	Liderazgo autoritario. Padres autoritarios, disciplina rígida y no permisiva
6-8	Liderazgo primariamente autoritario, pero con ciertos rasgos de igualdad. Disciplina en ocasiones democrática y de consecuencias predecibles, aunque rara vez permisiva
9-11	Liderazgo igualitario con cambios fluidos. La disciplina es normalmente democrática y de consecuencias negociadas, y a veces, permisiva
12-15	Liderazgo limitado y/o errático. Control paterno rechazado e infructuoso. Disciplina algunas veces democrática de consecuencias inconsistentes y muy permisivas

Factores de 3º orden – Tipo de familia

Familias Equilibradas/normales	Familias medias	Familias desequilibradas/extremas
▪ Flexible y aislada ▪ Flexible y vinculada ▪ Estructurada y aislada ▪ Estructurada y vinculada	▪ Rígida y aislada ▪ Rígida y vinculada ▪ Rígida y no comprometida ▪ Estructurada y entrelazada ▪ Flexible y entrelazada ▪ Caótica y aislada ▪ Caótica y vinculada	▪ Rígida y no comprometida ▪ Rígida y entrelazada ▪ Caótica y no comprometida ▪ Caótica y entrelazada

Resultado análisis de consistencia interna

Cuestionario	Dimensiones	Alfa de Cronbach
HADS	Ansiedad	0,770
	Depresión	0,833
	Malestar	0,873
B-PIP	Comunicación Frecuencia	0,730
	Comunicación Esfuerzo	0,400
	Cuidados Médicos Frecuencia	0,490
	Cuidados Médicos Esfuerzo	0,600
	Rol Familiar Frecuencia	0,430
	Rol Familiar Esfuerzo	0,480
	Distrés Emocional Frecuencia	0,500
	Distrés Emocional Esfuerzo	0,660
	Total Estrés Frecuencia	0,810
	Total Estrés Esfuerzo	0,800
CD-RISC	Resiliencia	0,840
CAA	Baja autoestima	0,775
	Resolución hostil conflictos	0,609
	Expresión de sentimientos	0,702
	Autosuficiencia	0,444
	Total	0,777
CAF-R	Total	0,400