

Malestar emocional y estrés en cuidadores principales de pacientes pediátricos con talla baja

Sara Casaña-Granell*, Laura Lacomba-Trejo, Inmaculada Montoya-Castilla & Marián Pérez-Marín

Universidad de Valencia

*Contacto:sara.casana@uv.com

Resumen: El diagnóstico de talla baja es uno de los más recurrentes en las consultas de Endocrinología Pediátrica. Teniendo en cuenta la influencia del bienestar psicológico de los padres en la adaptación de los pacientes a su diagnóstico, y los altos niveles de ansiedad, depresión y estrés que suelen presentar los cuidadores, el principal objetivo del presente estudio ha sido estudiar y describir el malestar emocional y estrés de los cuidadores principales de pacientes pediátricos diagnosticados de talla baja. La muestra consistió en 145 cuidadores principales, y se evaluó sus niveles de malestar emocional (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS) y su estrés (Pediatric Inventory for Parents; PIP). Los resultados señalan la existencia niveles relevantes de malestar emocional, en especial de ansiedad, y también la presencia de estrés. Estos datos remarcan la importancia de atender al bienestar y las características de la familia para mejorar su calidad de vida y procurar una mayor adaptación de los pacientes a la talla baja.

Palabras clave: talla baja, estrés, ansiedad, depresión, cuidador principal.

Title: Emotional discomfort and stress in primary caregivers of pediatric patients with low stature.

Abstract: Keeping in mind the influence of psychological well-being of parents for the patients' adaptation to their diagnosis, and the high levels of anxiety, depression and stress that caregivers tend to present, the main objective of the current study has been to study and describe the emotional distress and stress of principal caregivers of pediatric patients diagnosed with short stature. The sample consisted of 145 primary caregivers whose levels of emotional distress (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS) and stress (Pediatric Inventory for Parents; PIP) were evaluated. The results signal at the existence of relevant levels of emotional distress, especially anxiety, and also the presence of stress. This data highlights the importance of attending to the well-being and the characteristics of the family to improve their quality of life and achieve a greater adaptation for the patients with short stature.

Keywords: short stature, stress, anxiety, depression, primary caregiver.

La talla baja es uno de los principales motivos de consulta y uno de los principales diagnósticos que se dan en Endocrinología Pediátrica (Chueca, Berrede & Oyarzábal, 2008; Thomsett, 2010). En un estudio realizado en la

Unidad de Endocrinología Pediátrica del Hospital Universitario de Gualadajara (HUG) (Sevilla, Alija & Arriola, 2015) se observó que el 27% de los motivos de consulta fue talla baja,

siendo el porcentaje especialmente elevado entre los pacientes de 10 a 14 años.

Se considera talla baja cuando la estatura de un niño se encuentra por debajo de $-2 DE$ respecto a su edad y sexo en comparación a la población de referencia o también, que se encuentra por debajo del percentil 3 (Diago et al., 2006; Fernández, Molina, Uberos & Ruiz, 2001). En otras palabras, se entiende por talla baja cuando la estatura del paciente no corresponde a la que correspondería a su edad cronológica, razón por la cual, los padres acuden a consulta intentando establecer un diagnóstico y un posible tratamiento para sus hijos (Ferrández, 2005). A medida que aumenta la desviación de la talla respecto a la media poblacional y/o el potencial genético de crecimiento de la familia, más elevada será la probabilidad de que exista una patología subyacente (Pombo, Castro-Feijóo & Cabanas, 2011).

Llegar a un diagnóstico definitivo en talla baja puede suponer un largo periodo, de incluso años, realizando pruebas y visitas médicas, barajando diversas expectativas diagnósticas y varios pronósticos respecto al crecimiento del paciente (Aguirrezabalaga & Pérez, 2006; Ceñal, 2009).

En cuanto a su abordaje terapéutico, en la actualidad el tratamiento médico aceptado y consensuado para la talla baja, en algunos casos, es la terapia sustitutiva con hormona de crecimiento (Ferrández, 2005). Entre los objetivos de dicha terapia, independientemente de la etiología, está el de normalizar la estatura

del paciente durante la niñez (debido a que es anormalmente inferior en comparación a la del resto de individuos), así como mejorar su talla adulta e intentar evitar las consecuencias psicológicas negativas derivadas de tener una estatura baja (Diago et al., 2006; Pombo, Castro-Feijóo & Cabanas, 2011). En España, la posible indicación de tratamiento con GH en tallas bajas idiopáticas, grupo que supone el grueso de pacientes que consultan, está todavía en proceso de estudio (García, 2010; González & González, 2011; Sánchez-Andrade & González, 2008). La preocupación por la talla, además de producirse por la importancia del crecimiento en el desarrollo de los niños (Cassorla, Gaete & Román, 2000), también se debe en gran parte a la concepción social acerca de la talla alta, ya que se relaciona, de manera injustificada, con salud óptima y éxito social y económico (Aguirrezabalaga & Pérez, 2006; Ceñal, 2009).

Tener una talla menor a la población general y el largo proceso que supone el abordaje médico y/o terapéutico suele producir un impacto negativo a nivel psicológico y psicosocial en el paciente pediátrico y en el sistema y la dinámica familiar (Fernández, 2009). Con frecuencia, los padres acuden con un cierto sentido de culpabilidad a la consulta dado que los estudios médicos pueden revelar problemas personales no resueltos, ya sean profesionales, afectivos o sociales, en relación con su baja estatura (Schepper, 1990).

En los pacientes pediátricos diagnosticados de talla baja, el ambiente familiar, la relación

parental y las estrategias de afrontamiento que les enseñan sus progenitores pueden constituir uno de los factores de protección principales, dada la importancia que tiene en la salud psicológica de los infantes aspectos como es el apoyo familiar y social (Kranzler et al, 2000; Visser-van Balen, Sinnema & Geenen, 2006). En menores con talla baja se observan relaciones significativas entre el estrés parental y el mal ajuste y comportamiento externalizado de estos niños. Niveles altos de estrés en los padres suele tener una relación positiva con la respuesta de depresión, soledad, ansiedad social y alteraciones conductuales en estos niños (Preston et al, 2005). Los padres presentan mayores problemas en el funcionamiento social, conductual y competencia social, en comparación con los propios niños, compañeros y profesores (Visser-van Balen Sinnema & Geenen, 2006). Además del estrés, también es común encontrar síntomas de ansiedad y depresión en las familias que tienen un hijo con un diagnóstico que requiere continuos cuidados médicos (Grau & Fernández, 2010).

A pesar de que la familia en conjunto se ve afectada, es necesario señalar que los cuidados del niño o adolescente generalmente suelen recaer en un miembro específico de la familia. Esta persona se le denomina cuidador principal, y es quien se encarga de los cuidados que requiere la persona enferma, haciéndolo de forma no remunerada y en el ámbito doméstico, recayendo sobre él la responsabilidad principal del tratamiento y otras cargas de tipo social y

emocional (Seguí, Ortiz-Tallo & De Diego, 2008; Horsch, McManus & Kennedy, 2012). Es frecuente que la persona en la que recae el cuidado y el acompañamiento a las consultas médicas sea la madre (Gaite, García, González-Lamuño & Álvarez, 2008; Lacasa, Lacasa & Ledesma, 2012).

Es común encontrar en los cuidadores de niños que requieren un seguimiento médico una tendencia a presentar síntomas de ansiedad, así como de depresión, siendo los niveles de estos cuidadores mucho más elevados si se comparan padres de hijos sanos (Blanco, 2007; Szabó, Mezei, Kovári & Cserhádi, 2010). En diversos estudios se ha considerado la ansiedad, la depresión y el estrés como variables para cuantificar el malestar emocional de los cuidadores y su calidad de vida, junto con otras medidas como la salud percibida, el apoyo social, la sobrecarga o el afrontamiento (Vázquez et al., 2015).

Si tener un hijo que requiere atención médica constituye una gran presión, ésta puede incrementarse con la llegada de la adolescencia. En este periodo la dinámica familiar experimenta cambios, aumentando los conflictos, discusiones y empeorando la calidad de comunicación entre los miembros. Esta situación puede influir incluso en el desarrollo puberal de las chicas, apareciendo antes (Oliva & Parra, 2004).

Por tanto, teniendo en cuenta la literatura que existente, estudiar y atender al malestar de estos cuidadores es muy importante dada la

necesidad de conocer en que puntos requieren un mayor apoyo, pudiendo realizar así programas terapéuticos que ayuden a las familias a mejorar su bienestar y calidad de vida. En respuesta a esta necesidad, el objetivo del presente trabajo de investigación consiste en estudiar los niveles de malestar emocional (ansiedad y depresión) y estrés en cuidadores principales de pacientes pediátricos diagnosticados de talla baja.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por cuidadores familiares principales de pacientes pediátricos diagnosticados de talla baja de entre 12 y 17 años de edad, todos ellos asignados a la unidad de endocrinología pediátrica del Hospital Universitario y Politécnico la FE de Valencia y el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Por cuidador principal en el presente estudio entenderemos: miembro de la familia que se encarga principalmente de los cuidados del paciente, la mayor parte del tiempo, o durante más tiempo que otros cuidadores familiares. En el presente estudio evaluamos 145 cuidadores familiares principales, siendo el 9,7% hombres ($n = 14$) y el 90,3% mujeres ($n = 141$) y un 2,1% ($n = 3$) de la muestra fueron padres y madres que contestaron conjuntamente al cuestionario dado que ambos se consideraban cuidador principal por igual. La media de edad fue de 43,78 años ($DT = 4,803$) siendo el mínimo 27 años y el máximo 54 años.

Instrumentos

Pediatric Inventory for Parents (PIP; Streisand et al., 2001; Del rincón, Remor & Arranz, 2007): El PIP es un cuestionario de 42 ítems diseñado para medir los niveles de estrés en padres que cuidan de un hijo con una enfermedad crónica. Cada ítem se responde en relación a la frecuencia y al esfuerzo que supone cada una de estas situaciones. El formato de respuesta es una escala tipo Likert desde 1 (nada) hasta 5 (muchísimo), siendo todos los ítems directos, y la totalidad del cuestionario se divide luego en cuatro subescalas: Cuidados médicos, comunicación, funcionamiento emocional y rol familiar. Además, sumando las puntuaciones de frecuencia y esfuerzo de las 4 escalas podemos obtener dos puntuaciones totales (Total frecuencia y Total esfuerzo). Diversas investigaciones han demostrado unas cualidades psicométricas adecuadas para el PIP (Del Rincón, Remor & Arranz, 2007; Preston et al., 2005).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983): Es un instrumento de screening para la detección de pacientes no psiquiátricos con trastornos afectivos que acuden a los hospitales. El cuestionario se divide en dos escalas: ansiedad y depresión, compuestas por 7 ítems cada una que se intercalan a lo largo de la prueba y que el paciente debe contestar pensando en cómo se ha sentido durante la última semana. La suma de las puntuaciones de

ambas escalas da lugar a la escala de *Malestar emocional*. Estudios sobre sus propiedades psicométricas en población española han mostrado resultados favorables (Caro & Ibáñez, 1992).

Procedimiento

El objetivo fue realizar el pase de evaluación en un único momento temporal. Una vez seleccionados los sujetos de interés, se procedía asistir a la consulta del endocrino pediatra con tal de presentarnos y explicar el estudio al familiar y al paciente. Si éstos aceptaban participar, se procedía a entregarles el cuestionario y darle las explicaciones pertinentes para cumplimentarlo. Tras el pase, se dedicaba un tiempo a comentar la prueba con el familiar y resolver las posibles dudas.

Resultados

Variables sociodemográficas del cuidador familiar principal

Un total de 145 cuidadores familiares principales participaron en el estudio. Para el número total de hijos se obtuvo una media de 2,08 ($DT = 0.796$), siendo el mínimo 1 hijo por familia y el máximo de 5 hijos. Con respecto si su hijo (paciente pediátrico diagnosticado de talla baja) convive o ha convivido regularmente con algún otro familiar con talla baja, las respuestas de los cuidadores principales indicaron que un 33.8% ($n = 45$) sí convive o ha convivido con algún otro familiar con este

diagnóstico. En cuanto si existe alguna enfermedad significativa que requiera una atención especial en otro hijo/a, el 16.7% contestaron que sí ($n = 22$), siendo las enfermedades TDAH, alergias, asma, trastornos alimentarios (anorexia), epilepsia, colesterolemia, displasia epifisaria múltiple, escoliosis múltiple y reflujo urinario. En la tabla 1 pueden observarse otros datos sociodemográficos.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de cuidadores principales en el HADS del cuidador principal.

Cuidador principal		n	%
Género	Hombre	14	9,7
	Mujer	141	90,3
Parentesco	Madre	128	88,3
	Padre	14	9,7
	Hermana	2	1,4
	Madre de acogida	1	0,7
Estado civil	Soltero	3	2,3
	Viviendo en pareja	5	3,8
	Casado	107	81,1
	Divorciado	12	8,3
	Separado	5	3,4
	Perdidos en el sistema	13	
Nivel de estudios	Graduado escolar sin terminar	7	5
	Graduado escolar	39	28,1
	Bachiller/FP	47	33,8
	Estudios Superiores	46	33,1
	Perdidos en el sistema	6	
Situación laboral	Funcionario	15	10,3
	Contrato indefinido	43	29,7
	Contrato temporal	5	3,8
	Desempleado cobrando	13	9,8
	Desempleado sin cobrar	23	17,3
	Otros	34	25,6
	Perdidos en el sistema	12	

Variables clínicas del cuidador principal

Ansiedad y depresión

Los resultados obtenidos acerca del malestar emocional de los cuidadores familiares principales a través del HADS muestran que en

esta población es de especial relevancia la ansiedad que produce la situación de cuidado, ya que las puntuaciones en esta escala han sido especialmente relevantes (tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de cuidadores principales en el HADS del cuidador principal.

	M	DT	Mín	Máx
Ansiedad	7,64	3,915	1	18
Depresión	3,84	3,445	0	13
Malestar emocional	11,48	6,706	1	28

Si atendemos a los datos, un 15.2% presentaba un problema clínicamente significativo de malestar emocional global (tabla 3). En concreto, el 47,6% presentó sintomatología ansiosa (22,8% caso probable de ansiedad y 24,8% problema clínico de ansiedad) y el 17,2% presentó sintomatología depresiva (12,4% caso probable de depresión y un 4,8% problema clínico de depresión) (tabla 4).

Tabla 3. Frecuencia del malestar emocional del HADS del cuidador principal.

	No problema clínico		Problema clínico	
	N	%	N	%
Malestar emocional	123	84,8	22	15,2

Tabla 4. Frecuencias de ansiedad y depresión del HADS del cuidador principal.

	Normal- ausencia		Caso probable		Problema clínico	
	n	%	N	%	n	%
Ansiedad	76	52,4	33	22,8	36	24,8
Depresión	120	82,8	18	12,4	7	4,8

Estrés ante el cuidado

En la tabla 5 pueden observarse las puntuaciones referidas al estrés frente al cuidado. La mayor puntuación obtenida en las escalas de frecuencia indica que el estrés de estos cuidadores deriva principalmente de la persistencia y reiteración de los cuidados y las complicaciones que estos conllevan, generando así malestar.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las escalas del PIP del cuidador principal.

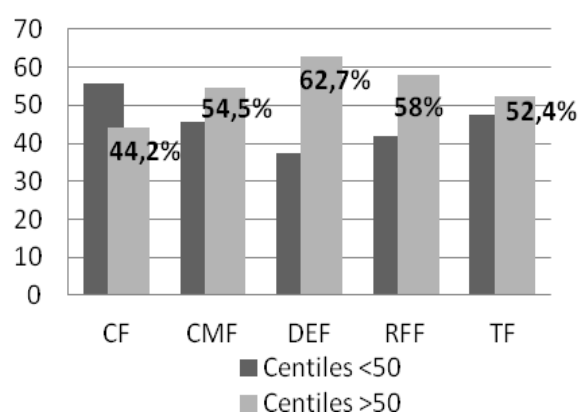
	M	DT	Mín	Máx
CF	21,02	5,39	10	34
CE	18,68	6,31	9	36
CMF	24,08	6,04	9	36
CME	15,71	6,04	8	35
DEF	38,42	8,97	21	69
DEE	41,11	12,73	17	69
RFF	22,08	5,42	12	34
RFE	23,08	7,24	11	42
TF	105,62	21,85	56	163
TE	98,60	28,41	46	166

*CF= Comunicación frecuencia; CE= Comunicación esfuerzo; CM F= Cuidados médicos frecuencia; CM E= Cuidados médicos esfuerzo; DE F= Distrés Emocional frecuencia; DE E= Distrés emocional esfuerzo; RF F= Rol familiar frecuencia; RF E= Rol familiar esfuerzo; TF= Total frecuencia; TE= Total esfuerzo.

Tras la recodificación de las puntuaciones de cada escala en sus correspondientes centiles, se puede percibir el estrés existente en estos cuidadores. Teniendo en cuenta que a medida que los centiles son superiores al 50 se corresponde a medidas de estrés superiores a la de la media, en las figuras 1 y 2 se puede

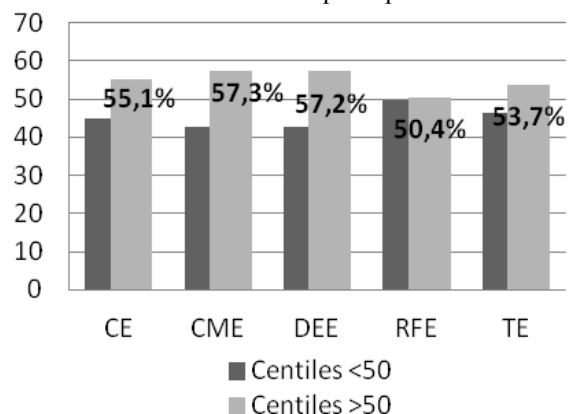
observar que entre el 44,2% y el 62,7% de los sujetos, presentan unos niveles de estrés elevados, pudiéndose equiparar así con el malestar producido en otras poblaciones como la de cuidadores de niños con hemofilia (muestra a partir de la cual se obtuvieron los baremos utilizados).

Figura 1. Distribución de los centiles para las escalas del PIP de frecuencia del cuidador principal.



*CF= Comunicación frecuencia; CMF= Cuidados médicos frecuencia; DEF= Distrés Emocional frecuencia; RFF= Rol familiar frecuencia; TF= Total frecuencia.

Figura 2. Distribución de los centiles para las escalas del PIP de esfuerzo del cuidador principal.



* CE= Comunicación esfuerzo; CME= Cuidados médicos esfuerzo; DEE= Distrés emocional esfuerzo; RFE= Rol familiar esfuerzo; TE= Total esfuerzo.

Discusión

El diagnóstico de talla baja, siendo este uno de los recurrentes en las consultas de endocrinología pediátrica (Chueca, Berrede & Oyarzábal, 2008; Thomsett, 2010), supone un gran impacto para el paciente pediátrico y para el sistema familiar (Schepper, 1990; Fernández, 2009). La relación parental y las estrategias de afrontamiento que se transmiten desde la familia constituyen uno de los factores de protección principales dada la importancia que tiene en la salud psicológica de los infantes aspectos como es el apoyo familiar y social (Kranzler et al, 2000; Visser-van Balen, Sinnema & Geenen, 2006).

El peso del cuidado recae principalmente en una persona, denominado cuidador principal (Seguí, Ortiz-Tallo & De Diego, 2008; Horsch, McManus & Kennedy, 2012). Teniendo en cuenta que los cuidadores principales desarrollan síntomas relacionados con la ansiedad, la depresión y el estrés (Blanco, 2007; Grau & Fernández, 2010; Szabó, Mezei, Kovári & Cserhádi, 2010; Vázquez et al., 2015) ante la enfermedad de sus hijos, y que este malestar puede influir negativamente en la adaptación de los pacientes pediátricos a su diagnóstico (Preston et al., 2005), el objetivo del estudio ha sido estudiar los niveles de malestar emocional y de estrés en relación a las tareas de cuidado en cuidadores principales de niños con talla baja.

Al igual que en la literatura, el papel de cuidador principal en nuestra muestra ha sido

adoptado mayoritariamente por las madres (Gaite, García, González-Lamuño & Álvarez, 2008; Lacasa, Lacasa & Ledesma, 2012).

Nuestros resultados han revelado tasas relevantes de malestar emocional en los familiares de pacientes con talla baja, tanto en ansiedad, depresión como en malestar emocional global. Especialmente, resulta alarmante el porcentaje de sujetos que presentaron sintomatología de carácter ansioso, siendo este el 47.6% de la muestra. Para ser más específicos, el 24,8% de los cuidadores principales presentaron un problema clínico de ansiedad, constituyendo prácticamente un cuarto de la muestra.

Respecto a la evaluación realizada para determinar el estrés de estos cuidadores, destacan las puntuaciones de las escalas de frecuencia, indicando que la posible fuente principal de desajuste en estos familiares es la percepción de la recurrencia con la que se dan las situaciones de cuidado y las complicaciones que estas conllevan, promoviendo así el malestar del familiar. Por otro lado, las puntuaciones referidas al esfuerzo que suponen las situaciones que generan distrés emocional han sido elevadas. Tras la recodificación de las puntuaciones en sus correspondientes centiles, observamos que nuestros datos muestran una distribución que bien podría asemejarse a la obtenida en el estudio del estrés en cuidadores principales de pacientes pediátricos con hemofilia (Del Rincón, Remor & Arranz, 2007). Dado que en talla baja no se requieren intervenciones médicas invasivas de forma constante, es puesta en duda o se le

resta importancia a la posible afectación que tiene este diagnóstico en la vida del paciente pediátrico y su familia. Por ello, este resultado es muy importante, ya que señala que el nivel de estrés de estos padres es similar y puede compararse al de cuidadores de pacientes pediátricos con patologías que requieren cuidados más invasivos, como ya se había señalado en otros estudios (Preston et al., 2005). Es más, en la mayoría de las escalas de estrés, más de la mitad de los sujetos se han concentrado por encima de la media, lo que indica que esta población presenta niveles relevantes de estrés.

Atendiendo a todos los datos, es necesario tener en cuenta a otras características que ha presentado la muestra. Una parte de los sujetos tienen otro hijo que también requiere atención especial derivado de algún problema de salud y, un elevado porcentaje de sujetos no cuenta con un trabajo estable o está en situación de desempleo, siendo todo esto posibles factores que favorezcan a la aparición del “síndrome del cuidador” (López et al., 2009), incrementar el riesgo de malestar y el deterioro de la calidad de vida en estos cuidadores. Por otro lado, parte de la muestra de pacientes pediátricos convive con otro familiar cercano diagnosticado de talla baja, situación a tener en cuenta dada la importancia que se ha visto en la literatura de la transferencia de inseguridades y frustraciones de los cuidadores a los pacientes (Schepper, 1990).

El estudio del estado emocional de los cuidadores familiares de pacientes pediátricos

con talla baja es muy importante ya que mejora nuestro conocimiento sobre los elementos que influyen en el ajuste de la familia y del paciente a su enfermedad. Los resultados del presente estudio alientan a continuar trabajando en esta línea, dada la necesidad de más estudios que se centren en el ajuste psicológico de esta población en concreto. El malestar y el estrés que presentan estos cuidadores justifica la necesidad de desarrollar programas de intervención que incluyan tanto al paciente pediátrico como al sistema familiar para ayudar a favorecer su calidad de vida.

Referencias

- Anderson, C. A. & Jennings, D. L. (1980). When experiences of failure promote expectations of success: The impact of attribution failure to ineffective strategies. *Journal of Personality*, 48(3), 393-407. <http://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1980.tb00841.x>
- Astudillo-García, C. & Rojas-Russell, M. (2006). Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(1), 41-49.
- Balaguer, I. (1994). *Entrenamiento psicológico en el deporte. Principios y aplicaciones*. Valencia: Editorial Albatros.
- Balaguer, I., Escartí, A., & Villamarín, F. (1995). Autoeficacia en el deporte y en la actividad física: estado actual de la investigación. *Revista de Psicología General y Aplicaciones*. 48(1), 139-159
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215 <http://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A., Adams, N. E. & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(3), 125-139. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.35.3.125>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanisms in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. & Patorelli, C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child development*, 67, 1206-1222.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bastos, A., del Valle, A. S., Boto, R. G., & Márquez, S. (2005). Habilidad física percibida en nadadores de competición Brasileños. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5(1), 245-255
- Carrasco, M. & Del Barrio, M. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 323-332.
- Caro, I. (1987). Revisión crítica de la teoría de la autoeficacia de A. Bandura. *Boletín de*

- Psicología Universidad de Valencia*, 16, 61-90.
- Carroll, B. & Loumidis, J. (2001). Children's perceived competence and enjoyment in physical education and physical activity outside school. *European physical education review*, 7(1), 24-43.
<http://doi.org/10.1177/1356336X010071005>
- Cartagena, M. (2008). Relación entre la autoeficacia y el rendimiento escolar y los hábitos de estudio en alumnos de secundaria. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 6(3), 60-99.
- Cecchini, J., González, C., Carmona, M. A. & Contreras, O. (2004). Relación entre clima motivacional, la orientación de meta, la motivación intrínseca, la auto-confianza, la ansiedad y el estado de ánimo en jóvenes deportistas. *Psicothema*, 16(1) 104-109.
- Feltz, D. L. (1988). Gender differences in the causal elements of Self-efficacy on a high avoidance motor task. *Journal of Sports and Exercise Psychology*, 10(2) 151-166.
- Flores, J., Salguero, A. & Márquez, S. (2008). Relación de género, curso y tipo de colegio con el clima motivacional percibida en la educación física escolar en estudiantes colombianos. *Revista de educación*, 347, 203-227.
- Gans, A., Kenny, M. & Ghany, D. (2003). Comparing the self-concept of with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 36(3), 287-295.
<http://doi.org/10.1177/002221940303600307>
- Hernández, J. L., Velázquez, R., Martínez, M., Garoz, C., López, C. & López, A. (2008). Frecuencia de actividad física en niños y adolescentes: relación con su percepción de autoeficacia motriz, la práctica de su entorno social y su satisfacción con la Educación física. *Infancia y Aprendizaje*, 31(1), 79-92.
- Kendall, P.H. (1985). *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. New York: Academic press.
- Landero, R., & González, M. T. (2003). Self-efficacy and education as predictors of information about HIV/AIDS in women. *Revista de Psicología Social*, 18(1), 61-70.
<http://doi.org/10.1174/02134740360521787>
- Loehr, J. (1991). *Mental Toughness Training*. Hilton Head Island. USA.
- Mendoza, R., Sagrera, M^a. R. & Batista, J. M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionados con la salud (1986-1990)*. Madrid: CSIC.
- Nuviala, A. N., Juan, F. R. & Montes, M. E. G. (2003). Tiempo libre, ocio y actividad física en los adolescentes: La influencia de los padres. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (6), 13-20.
- Trope, Y. (1983). Self-assessment in achievement behavior. *Psychological perspective on the self*, Hillsdale, N.Y, 2, 92-121.
- Vealey, R.S. (1986). Conceptualization of sport Confidence and competitive orientation. Preliminary investigation and instrument

- development. *Journal of Sport Psychology*, 8, 221-246.
- Wold, B. y Andersen, N. (1992). Health promotion aspects of family and peer influences on sport participation. *International Journal of Sport Psychology*, 23, 349-359.
- Wurtele, S. K. (1986). Self-Efficacy and Athletic Performance: A Review. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 290-301. <http://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.290>
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599. <http://doi.org/10.1007/BF02506983>

Recibido: Abril, 2016 • Aceptado: Agosto, 2016