

Ansiedad en cuidadoras principales de niños con diabetes mellitus Tipo I

Alba García Cardona^{*}, Marian Pérez Marín^{**}, Inmaculada Montoya-Castilla^{**}, Vicente Javier Prado-Gascó^{***}

Universidad Católica de Valencia^{*}, Universidad de Valencia^{**}, Universidad Europea de Valencia^{***}

^{*}Contacto: marian.perez@uv.es

Resumen: Ante una enfermedad crónica en un hijo todo el sistema familiar se ve alterado. Tanto el paciente como los cuidadores familiares manifiestan problemas psicológicos asociados a la enfermedad. El presente estudio pretende identificar los niveles de ansiedad en cuidadoras principales de pacientes diabéticos pediátricos, y analizar la relación existente entre dichos niveles y la hospitalización del menor en una muestra de 25 familias de pacientes con diabetes mellitus tipo 1. Seguidamente se analiza el efecto que tiene el nivel educativo y socioeconómico sobre dicha ansiedad. En general los resultados sugieren que las cuidadoras principales de niños con diabetes mellitus tipo 1 sufren niveles medios/altos de ansiedad, así mismo no parece haber relación entre el número de hospitalizaciones y dichos niveles, tampoco se ha podido demostrar el papel modulador del nivel educativo y socioeconómico.

Palabras Clave: cuidadoras principales, diabetes mellitus tipo 1, ansiedad, hospitalización, factores de protección.

Title: Anxiety in primary caregivers of children with diabetes mellitus type I.

Abstract: When a child suffers a chronic disease, the whole family system is altered. Both the patient and family caregiver's manifest psychological problems associated with the disease. This study aims to identify the levels of anxiety in primary caregivers of children with diabetes mellitus type 1 and analyze the relationship between these levels and the number of hospitalizations of the child on a sample of 25 families of patients with type 1 diabetes mellitus. As well as this, the effect of educational levels and socioeconomic status on the anxiety was tested. The results suggest that moderate/high levels of anxiety on primary caregivers of children with diabetes mellitus type 1. In addition there seems no to be relation between the number of hospitalizations and these levels, neither was possible to demonstrate the effect of education and socioeconomic status on those anxiety levels.

Keywords: primary caregivers, type 1 diabetes mellitus, anxiety, hospitalization, protective factors.

La diabetes mellitus es la enfermedad crónica pediátrica más común, según la American Diabetes Association (2009).

La diabetes mellitus es uno de los grandes problemas mundiales de salud y es considerada

una enfermedad social, no sólo por su elevada frecuencia, sino también por su gran coste económico, en concreto, la Diabetes Mellitus tipo 1 es la que más afecta a la población infantil, adolescente, e indirectamente a los

cuidadores principales (padres y madres) (Martínez-Chamorro, Lastra-Martínez, & Luzuriaga-Tomás, 2002).

En los últimos años se ha elevado considerablemente el interés acerca de los aspectos psicosociales y de la calidad de vida en las enfermedades crónicas, en particular la diabetes (Martínez-Chamorro et al., 2002).

Como consecuencia de todo esto, la diabetes supone hoy en día un problema sanitario, económico y social de gran magnitud que necesita la máxima atención para plantear programas de prevención y control (Arenas-Bermúdez, Muela-Martínez, & García-León, 2007).

Aunque la Diabetes Mellitus tipo 1, también conocida como DMT1, normalmente representa tan sólo una minoría de la carga total de la diabetes en la población, es la forma predominante de la enfermedad en los grupos de edad más jóvenes en la mayoría de los países desarrollados y tiene un impacto importante en el estilo de vida de los pacientes, así mismo parece relacionarse con otras variables de índole psicológica como el autoconcepto o la autoestima. (Aguilar Figueroa & Morales Carmona, 1995). Diversos estudios sugieren que un autoconcepto no saludable puede ser un factor de riesgo de aparición temprana de complicaciones y de una reducción de la calidad de vida y por otra parte, un autoconcepto saludable en estos niños con DMT1 puede ser un gran factor de protección ante las dificultades que encuentren a lo largo de sus vidas

(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI], 2012; Bilbao-Cercós et al. 2014).

La Diabetes mellitus tipo 1 o insulino dependiente está causada por una destrucción de las células beta del páncreas, con lo cual disminuye la secreción de insulina. La DMT1 aparece de forma brusca y el principal factor de riesgo sería una base hereditaria en la cual habría una respuesta autoinmune (MSSSI, 2012).

Suele aparecer en niños y se caracteriza por un conjunto de trastornos metabólicos y un aumento elevado de glucosa en sangre (hiperglucemia) (Sociedad Española de Diabetes [SED], 2006).

Los principales síntomas de la diabetes se deben a la disminución de la entrada de glucosa en los tejidos lo que condiciona una falta de aporte de energía, estos son: pérdida de peso y astenia; para compensar, polifagia; el aumento de filtración renal provocaría la poliuria: deshidratación, sensación de sed y polidipsia (Leonard, Jang, Savik, & Plumbo, 2005).

En el cuidado de este trastorno metabólico es necesaria una continuidad en el tratamiento, que supone un equilibrio de una serie de hábitos y conductas que aseguren la adherencia al tratamiento (Arenas-Bermúdez et al., 2007). El buen control de esta enfermedad en la infancia hace que la aparición de las complicaciones (micro y macrovasculares) a corto y largo plazo se eviten y/o retrasen e igualmente, que se

mejore la calidad de vida y se eviten los ingresos hospitalarios.

El tratamiento de la diabetes se basa en la planificación y coordinación de alimentos, actividad física, insulina y control de la glucosa, por ello los encargados de que el tratamiento se cumpla por parte del niño son los cuidadores principales (Arenas-Bermúdez et al., 2007). La amplia participación de la familia en una enfermedad crónica como la DMT1, han llevado a los investigadores a conceptualizar la diabetes como una enfermedad “compartida”, donde la familia percibe la enfermedad como algo propio (Beveridge, Berg, Wiebe, & Palmer, 2006).

Desde esta perspectiva, en los últimos años ha ido creciendo el interés por el impacto que las enfermedades crónicas tienen no solo para el enfermo, sino también para las familias (Seguí, Ortíz-Tallo, & De Diego, 2008; Whittemore, Jaser, Chao, Jang, & Grey, 2012). Dichas investigaciones se han centrado sobre todo en la repercusión que tiene la enfermedad para el llamado cuidador principal. La mayoría de los estudios realizados sobre cuidadores informales se centran en la gerontología, especialmente en cuidadores de ancianos con Alzheimer (Seguí et al., 2008). Sin embargo, en los últimos años se ha comenzado a estudiar a los padres de niños con enfermedades crónicas (Seguí et al., 2008).

Cualquier enfermedad supone una situación estresante o de sobrecarga; que produce cambios importantes en la persona y en la familia y que influye en todos los sistemas del organismo, siendo quizás el aspecto psicológico

uno de los más afectados (García-Campayo, Sanz-Carrillo, & Tazon-Ansola, 2009; Zuñiga, Infunza, Ovalle, & Ventura, 2009).

La gestión diaria de la DMT1 requiere bastante tiempo y aunque los avances tecnológicos hayan mejorado el tratamiento y control de la enfermedad, la responsabilidad que tienen los padres el cuidado de un niño diagnosticado con DMT1 se ha descrito como una experiencia agotadora y angustiosa que puede derivar en la aparición de ansiedad y en una disminución de la calidad de vida (Whittemore et al., 2012).

En este sentido, el diagnóstico de la diabetes supone una gran alteración en el núcleo familiar, provocando en los padres, cuidadores principales, y en los pacientes, profundas emociones de ansiedad, depresión y culpa que pueden perturbar la unidad familiar (Arenas-Bermúdez et al., 2007).

Los cuidados del enfermo suponen una carga considerable para la familia pero, lejos de dividirse de manera equilibrada la carga entre los familiares, por lo general, el peso de esta responsabilidad recae sobre una única persona, el denominado cuidador principal, que es el principal proveedor de cuidados, de forma privada, no remunerada y en ámbito doméstico. Sobre este cuidador recaen buena parte de las cargas propias del tratamiento, pero también cargas de tipo emocional y/o social (Seguí et al., 2008; Horsch, McManus, & Kennedy, 2012).

La sobrecarga que puede afrontar este cuidador puede repercutir de forma negativa

sobre su salud, malestar psíquico (ansiedad y depresión), así como en la salud física, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica, dando lugar al llamado “síndrome del cuidador” o la sobrecarga del cuidador (López et al., 2009). En diversos estudios se ha puesto de manifiesto como generalmente, incluyendo el caso de los pacientes diabéticos, este cuidador principal suele ser la madre (García-Campayo et al., 2009).

Citando a Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980), se entiende el término sobrecarga del cuidador como “el impacto que los cuidados tienen sobre la cuidadora principal”, es decir, como percibe el cuidador las distintas esferas de su vida (vida social, tiempo libre, salud, privacidad) y cuan afectadas se han visto por dicho cuidado (Seguí et al., 2008).

Una prueba de esta situación se puede observar en un metaanálisis realizado sobre 84 estudios diferentes en los que se comparaba a cuidadores y no cuidadores en diferentes variables relacionadas con la salud física y psicológica. Dicho estudio sugiere que los cuidadores están más estresados, deprimidos y tienen peores niveles de bienestar subjetivo, salud física y autoeficacia que los no cuidadores (Seguí et al., 2008). Dentro de los diferentes problemas que va a afrontar el cuidador principal, quizás uno de los más recurrentes y relevantes sea la propia ansiedad, la cual puede provocar mala adaptación al tratamiento por parte del niño, malestar familiar, así como un

inadecuado control metabólico (Whittemore et al., 2012).

En una reciente investigación sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos en padres de niños con DMT1, se destaca que aunque la mayoría de los padres parecen ajustarse bien a la enfermedad, aproximadamente del 20% al 30% reportan malestar significativo, definido como estrés y ansiedad. En este sentido, las madres tenían índices más altos de trastornos psicológicos en comparación con los padres, por ello nuestro trabajo se va a centrar en las madres, cuidadores principales (Whittemore et al., 2012).

La ansiedad está asociada muy frecuentemente a preocupaciones excesivas; y parece provocar un malestar significativo y un deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales, importantes para la persona (Ferrer-Pérez, 2010). Dicha ansiedad o estrés a su vez parece tener consecuencias negativas en la adherencia al tratamiento de la DMT1 y en el control de la enfermedad por parte de las familias (Whittemore et al., 2012).

Existen diversos factores que pueden afectar este malestar psicológico en cuidadores, enfermos y familias, de entre los que cabría destacar los cambios en el entorno, como es el caso de aquellos producidos por las repetidas hospitalizaciones (Whittemore et al., 2012). Desde esta perspectiva diversas investigaciones consideran el número de hospitalizaciones como un factor de riesgo importante sobre la salud física y psicológica de enfermos, cuidadores y

familias (López-Naranjo, & Fernández-Castillo, 2006a). Un mayor número de hospitalizaciones parece relacionarse con mayores niveles de ansiedad en enfermos y cuidadores (Whittemore et al., 2012).

La hospitalización supone una nueva fuente de conflictos y tensiones que añadir a los ya existentes, ya que es vivida como una situación muy preocupante en la vida de cualquier persona y tiene connotaciones especiales cuando se trata de un acontecimiento en la infancia, que afecta a la vida familiar ya que resulta un cambio en la rutina familiar (Dias-Quirino, Collet, & Gomes de Britto-Neves, 2010).

Las principales repercusiones que la hospitalización del niño causa sobre los padres parecen ser (López-Naranjo, & Fernández-Castillo, 2006a):

- El impacto psicológico (ansiedad, estrés).
- El impacto físico (alteración del sueño, de las relaciones sexuales).
- El impacto ocupacional (bajas laborales, gastos económicos).
- El impacto social (ruptura de las relaciones sociales, aislamiento social).

Una hospitalización media de más de una semana o repetidas readmisiones de pequeña duración podrían asociarse con un considerable aumento de las alteraciones conductuales del paciente pediátrico y con un aumento de su estrés y el de sus cuidadores (López-Naranjo, & Fernández-Castillo, 2006b).

Dado que la hospitalización es un proceso nuevo e inesperado, donde el usuario experimenta acontecimientos distintos a sus actividades diarias al igual que su cuidador, la ansiedad que sufren los padres dependerá de diversos factores como la edad del niño, la gravedad de la enfermedad (diagnóstico y pronóstico), del tipo de tratamientos que se administren, de la evolución del niño y de su adaptación al hospital. Otros aspectos que parecen modular el efecto de las hospitalizaciones se relacionan con los propios recursos de los padres (López-Naranjo, & Fernández-Castillo, 2006a). Dentro de los diferentes recursos, el nivel adquisitivo así como el intelectual podrían actuar como factores protectores, ya que permiten un mayor acceso a los recursos, y en el caso de los segundos facilitan una mayor comprensión de la enfermedad, el tratamiento y las consecuencias de la misma (Whittemore et al., 2012).

Describir y entender el sufrimiento de las familias con niños con una enfermedad crónica, como es la DMT1 es de gran interés para los profesionales de enfermería. Puesto que constituye un punto de partida para poder realizar y garantizar programas terapéuticos eficaces y de apoyo para las familias afectadas, siendo siempre el objetivo principal mejorar su calidad de vida.

Por todo ello, el objetivo de este trabajo de investigación es identificar la ansiedad en cuidadoras de pacientes pediátricos con DMT1 y analizar la relación de dichos niveles con los

ingresos hospitalarios del menor. Así mismo se analizará el efecto modulador que tiene sobre dichos niveles el nivel educativo y socioeconómico de las cuidadoras.

En relación con dichos objetivos y en base a la literatura existente, las hipótesis que se plantean en la presente investigación son las siguientes:

- Las cuidadoras principales de pacientes pediátricos con DMT1 presentarán niveles elevados de ansiedad.
- Un mayor número de hospitalizaciones de los pacientes pediátricos con DMT1 se relacionará con mayores niveles de ansiedad en cuidadoras principales.

Se observarán mayores niveles de ansiedad en cuidadoras con niveles económicos y educativos bajos.

Método

Participantes

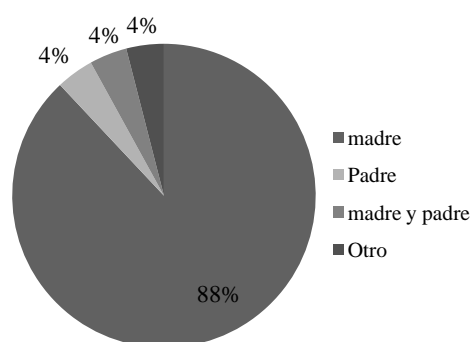
La población diana corresponde a los cuidadores principales de pacientes menores de 17 años diagnosticados de diabetes mellitus tipo 1, en el Servicio de Pediatría de Consorcio General Universitario de Valencia. Concretamente se encuestó a 25 familias (padres y madres) de dichos pacientes.

De los 25 cuidadores principales entrevistados, el 88% (22) eran madres (Tabla 1, Gráfico 1). Por ello nuestro estudio se centrará tan solo en las cuidadoras principales.

Tabla 1. Muestra

		F	%	% Válido
Válidos	Madre	22	81,5	88,0
	Padre	1	3,7	4,0
	Madre y padre	1	3,7	4,0
	Otro	1	3,7	4,0
	Total	25	92,6	100,0
Perdidos	Sistema	2	7,4	
	Total	27	100,0	

Gráfico 1. Cuidadores de niños con DMT1



En lo referente al nivel de estudios de la madre, un porcentaje del 39.1% cursaron estudios de formación profesional o bachillerato, el 34.8% llegaron a estudios superiores repartiéndose el resto entre graduado escolar (21.7%) y estudios primarios (4.3%). (Tabla 2 y Gráfico 2).

Tabla 2. Nivel de estudios de la madre

		Fr	%	% Válido	% Acumulado
Válidos	Graduado Escolar S/C	1	3,7	4,3	4,3
	Graduado Escolar	5	18,5	21,7	26,1
	Bachiller/FP	9	33,3	39,1	65,2
	Estudios Superiores	8	29,6	34,8	100,0
	Total	23	85,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	14,8		
	Total	27	100,0		

Gráfico 2. Nivel de estudios de la madre

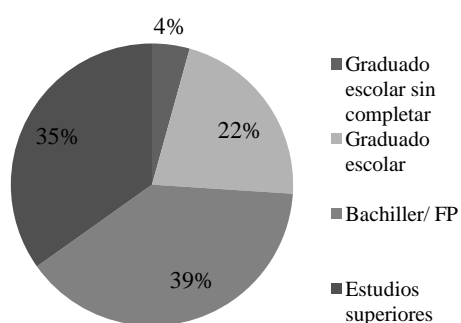
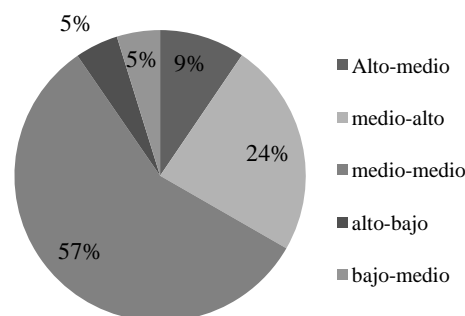


Gráfico 3. Nivel de estudios de la madre



Considerando el nivel socioeconómico familiar un porcentaje del 9.5% corresponde a un nivel alto-medio, un 23.8% corresponde a un nivel medio- alto, un 9.6% pertenece a un nivel alto-bajo y bajo-medio, frente al 57.1% que tiene un nivel medio socioeconómico. (Tabla 3 y Gráfico 3).

Tabla 3. Nivel socioeconómico

	F	%	% Válido
Alto-medio	2	7,4	9,5
Medio-alto	5	18,5	23,8
Medio-medio	12	44,4	57,1
Alto-bajo	1	3,7	4,8
Bajo-medio	1	3,7	4,8
Total	21	77,8	100,0
Perdidos			
Sistema	6	22,2	
Total	27	100,0	

Resultados

En primer lugar en el estudio se procedió a analizar los niveles de ansiedad de las cuidadoras de los pacientes diagnosticados de DMT1, para lo cual se recurrió a la información procedente del HADS y del PIP. Dicha información se recoge en la Tabla 4.

Tabla 4. HADS y PIP

	HADS Ansiedad	PIP Distrés emocional
Media	9,32	44,67
Desv. típ.	4,85	11,85
Mínimo	2	25
Máximo	19	63

Considerando el cuestionario PIP, los valores de los participantes en el estudio oscilan entre 25 y 63 en distrés emocional con una media de 44,67 ($\pm 11,85$). Por su parte, considerando la escala de ansiedad del HADS las puntuaciones oscilan entre 2 y 19 con una media de 9,32 ($\pm 4,85$).

El cuestionario HADS cuenta con baremos que permiten comparar las puntuaciones y

establecer una gradación en las mismas. Considerando los niveles de ansiedad de las cuidadoras el 44% de la muestra total refiere un nivel bajo de ansiedad, el 36 % refiere un nivel alto de ansiedad y el 20% restante nivel medio. (Tabla 5).

Tabla 5. Niveles de ansiedad de HADS según baremos

	F	%	% Válido
Válidos	Bajo	11	40,7
	Medio	5	18,5
	Alto	9	33,3
	Total	25	92,6
Perdidos	Sistema	2	7,4
	Total	27	100,0

Seguidamente se analizaron los datos de los ingresos hospitalarios previos de los pacientes diagnosticados con DMT1. En la tabla 6 se presenta la distribución de los ingresos en los participantes en el estudio.

Tabla 6. Ingresos hospitalarios previos de los pacientes con DMT1

	F	%	% Válido
Válidos	0	6	22,2
	1	4	14,8
	2	1	3,7
	3	1	3,7
	4	2	7,4
	5	1	3,7
	6	1	3,7
Total	16	59,3	100,0
Perdidos	Sistema	11	40,7
Total	27	100,0	

El rango de ingresos oscila entre 0 y 6, con una media de 1.75 ingresos y una desviación típica de 2.02.

A continuación se procedió a analizar las relaciones existentes entre el número de ingresos hospitalarios y la ansiedad de las cuidadoras para lo cual se realizaron correlaciones de Spearman. (Tabla 7).

Tabla 7. Correlaciones de Spearman entre niveles ansiedad y nº de ingresos

	Nº de ingresos
1. PIP distrés emocional esfuerzo	,06
2. HADS ansiedad	,05
3. Rango HADS ansiedad	,01

**P <0.01; *P < 0.05

Tal y como se puede observar no parecen existir correlaciones significativas entre el número de ingresos y los niveles de ansiedad de las cuidadoras en ninguna de las medidas consideradas.

Por último, con el objetivo de analizar la influencia que el nivel socioeconómico y el nivel de estudios de las cuidadoras pudiera tener sobre su ansiedad se realizaron comparaciones de medias mediante el test Kruskal-Wallis. (Tabla 8 y 9).

Tabla 8. Diferencias en función del nivel socioeconómico

	HADS Ansiedad	Rango HADS Ansiedad	PIP distrés emocional
Chi-cuadrado	2,91	5,36	7,86
GI	4	4	4
Sig. asintót.	,57	,25	,10

Tabla 9. Diferencias según nivel de estudios

	Hads Ansiedad	Rango Hads Ansiedad	PIP Distrés emocional esfuerzo
Chi-cuadrado	,24	1,53	1,05
Gl	3	3	3
Sig. asintót.	,97	,68	,79

En general parece que no se observaron diferencias significativas en función de los niveles socioeconómicos o del nivel de estudios en los niveles de ansiedad.

Discusión

Para que el paciente pediátrico diagnosticado con diabetes mellitus tipo 1 muestre un buen nivel de adaptación a la enfermedad y mejor calidad de vida, es necesaria la prevención psicopatológica y educación terapéutica de todos los miembros de la familia, en especial de la cuidadora principal (Butwickaa, Zalepac, Fendlerd, Szadkowskad, & Mlynarskid, 2013).

Tal y como se ha expuesto, la ansiedad en la cuidadora principal puede aumentar debido a la gran responsabilidad que conlleva el cuidado de un hijo con DMT1, ya que es necesario un estricto control metabólico y una buena de adherencia al tratamiento para evitar las posibles complicaciones.

Pese a su importancia, la ansiedad de las cuidadoras principales de pacientes pediátricos no ha recibido la importancia que debiera (Butwickaa et al., 2013). En este sentido, parecen existir pocos estudios que hayan

investigado cómo afecta la ansiedad a las cuidadoras principales de niños diagnosticados de DMT1. En esta línea diversos estudios afirman que las madres de los niños con mal control glucémico y hospitalizaciones repetidas pueden ser especialmente vulnerables a padecer ansiedad, la cual a su vez puede causar un mal control metabólico (Butwickaa et al., 2013), al tiempo que repercute negativamente tanto en la salud como en la calidad de vida de paciente y cuidadores e incluso en el propio funcionamiento familiar (Whittemore et al., 2012). En este sentido, si bien la Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda el cribado de los niños con diabetes de 8 años o más con síntomas de ansiedad, tal vez la detección en los padres debería ser incorporada al mismo tiempo (Whittemore et al., 2012).

Por ello, uno de nuestros objetivos, fue analizar la ansiedad en cuidadores principales de pacientes pediátricos con DMT1. Nuestra hipótesis de partida era que las cuidadoras principales presentarían un nivel elevado de ansiedad. Sin embargo, en base a los resultados obtenidos se puede observar cómo aproximadamente el 56% de las cuidadoras principales de niños con DMT1 presentaron un nivel medio/alto de ansiedad.

Diversos factores pueden actuar como factores de riesgo o protección ante la ansiedad de los cuidadores principales, en este sentido, tal y como sugiere la literatura las hospitalizaciones suponen una nueva fuente de conflictos y tensiones que añadir a los ya existentes, y más

aun si se trata de un niño (Dias-Quirino et al., 2010).

Por ello, otro de los objetivos del presente estudio ha sido analizar la relación existente entre el número de hospitalizaciones y los niveles de ansiedad de los cuidadores. Pese a lo que esperábamos encontrar, los resultados sugieren que la ansiedad de la cuidadora principal no aumenta según el número de ingresos del paciente con DMT1, por ello nuestra hipótesis no ha podido ser demostrada. En este sentido quizás es importante recordar la naturaleza de la enfermedad de diabetes, en la cual los ingresos prolongados no son habituales, si no que el niño debuta con hiperglucemia, se le diagnostica de DMT1, se le estabiliza en unos días en el hospital y se le da de alta en pocos días. Asimismo, el período de seguimiento fue relativamente corto, lo que dificulta la posibilidad de estimar el impacto a largo plazo que tiene la hospitalización sobre las cuidadoras principales. Por ello sería interesante comprobar esto mismo en cuidadoras principales de pacientes ancianos, ya que requieren mayor tiempo de hospitalización.

Tal y como sugiere la literatura el nivel de estudios y nivel socioeconómicos podrían incidir sobre los niveles de ansiedad, dado que proporcionan herramientas o recursos para manejar con mayor eficacia los estresores. Según diversos estudios las personas pertenecientes a grupos minoritarios, deben ser evaluadas psicológicamente con mayor frecuencia debido a estas circunstancias (Whittemore et al., 2012).

Por ello nuestro último objetivo ha sido analizar el papel que tiene el nivel de estudios y nivel socioeconómico sobre la ansiedad de los cuidadores. Nuestra hipótesis de partida era que existiría un mayor grado de ansiedad en cuidadoras con niveles económicos y educativos bajos. No obstante no ha sido posible demostrar nuestra hipótesis, en general no parecen haber diferencias en los niveles de ansiedad en función del nivel de estudios o del nivel socioeconómico.

Quizás estos resultados se deban al tamaño de la muestra, o que la mayor parte de la misma tiene niveles medios tanto a nivel socioeconómico como educativo. Habría que aumentar la muestra buscando y comparando población vulnerable frente a población con niveles económicos elevados, para poder observar la diferencia entre los niveles de ansiedad.

Si bien el presente estudio presenta ciertas limitaciones, también es cierto que supone una primera aproximación empírica al estudio del fenómeno, el cual ha sido relativamente olvidado en la literatura. En este sentido valorar la ansiedad de las cuidadoras principales es importante para mejorar la calidad de vida y mostrar una mejor adaptación a la enfermedad de todo el núcleo familiar, ya que hay estudios que solo se centran en el paciente y no en la unidad familiar. La detección temprana y el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo materno parecen tener un efecto positivo en el tratamiento de la DMT1, que se manifestará entre otros elementos en un mejor control de la

enfermedad y una reducción del riesgo de hospitalización por complicaciones agudas de la diabetes (Butwickaa et al., 2013).

En definitiva, parece necesario aumentar el número de estudios disponibles sobre la ansiedad de los cuidadores principales en pacientes DMT1, así como extender el foco atencional en las intervenciones desde diversas disciplinas que consideren no solo al propio enfermo, sino también a sus respectivas familias.

Futuras líneas de investigación relacionadas con este trabajo deberían ahondar en este tema, extendiendo las poblaciones objeto de estudio, así como analizando con mayor profundidad las fases de la enfermedad, los posibles factores de riesgo y protección y cómo influye todo ello en la ansiedad tanto de los niños con DMT1 como de sus cuidadoras principales.

Referencias

- Aguilar-Figueroa, V. & Morales-Carmona, F. (1995). Ansiedad y autoconcepto en pacientes embarazadas diabéticas. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, 9(2), 99-105.
- American Diabetes Association. (2009). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 32, 13-61.
- Arenas-Bermúdez, C., Muela-Martínez, J. A., & García-León, A. (2007). Relación entre adherencia objetiva al tratamiento en la diabetes infantil y variables psicológicas de los cuidadores. *Index de Enfermería*, 16(58), 16-20.
- Beveridge, R. M., Berg, C. A., Wiebe, D. J., & Palmer, D. L. (2006). Mother and Adolescent Representations of Illness Ownership and Stressful Events Surrounding Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(8), 818–827.
- Bilbao-Cercós, A., Beniel-Navarro, D., Pérez-Marín, M., Montoya-Castilla, I., Alcón-Sáez, J., & Prado-Gascó, V. (2014). El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátrico. *Revista Clínica y Salud*, 25(1), 57-65.
- Butwickaa, A., Zalepac, A., Fendlerd, W., Szadkowskad, A., & Mlynarskid, W. (2013). Maternal depressive symptoms predict acute hospitalization among children with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 14(4), 288–294.
- Dias-Quirino, D., Collet, N., & Gomes de Britto-Neves, A. F. (2010). Hospitalización infantil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 300-306.
- Ferrer-Pérez, J. (2010). Ansiedad y respiración diafragmática. *Enfermería Integral*, 89, 58-60.
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., & Tazon-Ansola, P. (2009). La adaptación y el afrontamiento a la enfermedad. En M. Mompart (Ed.), *Relación y comunicación* (2ª ed, pp. 187-189). Madrid: DAE.
- Grupo de trabajo de Prediabetes tipo 1 de la Sociedad Española de Diabetes (SED). (2010). *Prediabetes y diabetes tipo 1 de*

- reciente diagnóstico. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Horsch, A., McManus, F., & Kennedy, P. Cognitive and Non-Cognitive Factors Associated with Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers of Children with Type 1 Diabetes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(4), 400–411.
- Leonard, B. J., Jang, Y., Savik, K., & Plumbo, M. A. (2005). Adolescents with Type I Diabetes: Family Functioning and Metabolic Control. *Journal of Family Nursing*, 11(2), 102-121.
- López, M., Orueta, M., Gómez, S., Sánchez, A., Carmona, J., & Alonso, F. (2009). El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-334.
- López-Naranjo, I., Fernández-Castillo, A. (2006a). Hospitalización infantil y atención psicoeducativa en contextos excepcionales de aprendizaje. *Revista de Educación*, 341, 553-577.
- López-Naranjo, I., & Fernández-Castillo, A. (2006b). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 631-645.
- Martínez-Chamorro, M. J., Lastra-Martínez, I., & Luzuriaga-Tomás, C. (2002). Perfil psicosocial de niños y adolescente con diabetes mellitus. *Bolpediatric*, 42(180), 114-119.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Mellitus tipo 1*. Madrid: OSTEBA.
- Seguí, J., 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*, 1(24), 100-105.
- Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M., & Grey, M. (2012). Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 38(4), 562–579.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Back-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.
- Zúñiga, F., Infunza, C., Ovalle, C., & Ventura, T. (2009). Diabetes Mellitus Tipo 1 y Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(5), 467-474.