

## Estrés, Ansiedad y Depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1

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

Universidad de Valencia (España)

\*Contacto: laulatre@alumni.uv.es

---

**Resumen:** El cuidado de la enfermedad crónica de un hijo, como la Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1), puede generar grandes niveles de estrés, acompañados de sintomatología ansiosa-depresiva. La presencia de estrés y sintomatología emocional puede empeorar la adherencia al tratamiento y el control metabólico de los pacientes pediátricos, haciendo más fácil la aparición de complicaciones físicas y psicológicas. El objetivo del presente estudio es valorar la presencia de estrés, ansiedad y depresión en 100 cuidadores principales de pacientes pediátricos con DM1. Los resultados muestran que los cuidadores están sometidos a elevados niveles de estrés, destacando la sintomatología ansiosa y la presencia de un porcentaje importante de cuidadores con sintomatología depresiva. Por todo lo anterior, señalamos la relevancia de intervenir en los cuidadores principales, para mejorar su bienestar, y prevenir complicaciones en los pacientes pediátricos.

**Palabras Clave:** Cuidador principal, diabetes mellitus, estrés, ansiedad, depresión.

**Title:** Stress, Anxiety and Depression in Primary Caregivers of Pediatric Patients with Type 1 Diabetes Mellitus.

**Abstract:** Caring for a child's chronic illness, such as Type 1 Diabetes Mellitus (DM1), can lead to high levels of stress, accompanied by anxiety-depressive symptomatology. The presence of stress and emotional symptomatology can worsen adherence to treatment and metabolic control of pediatric patients, making it easier for physical and psychological complications to occur. The objective of the present study is to assess the presence of stress, anxiety and depression in 100 primary caregivers of pediatric patients with DM1. The results show that caregivers are subjected to high levels of stress, stressing the anxious symptoms and the presence of an important percentage of caregivers with depressive symptomatology. For all of the above, we point out the importance of intervening in the main caregivers, to improve their well-being, and to prevent complications in pediatric patients

**Keywords:** Primary caregiver, diabetes mellitus, stress, anxiety, depression.

---

La Diabetes Mellitus es uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial, presenta una elevada frecuencia y se considera una enfermedad social por su gran impacto

sociosanitario y coste económico, dadas sus complicaciones a corto y largo plazo (Bosch, Alfonso y Bermejo, 2002; Chamorro, Martínez y Tomás, 2002). La diabetes juvenil o Diabetes

Tipo 1 (DM1) afecta principalmente a niños y adolescentes (Borrás, 2006), dándose el debut de la enfermedad especialmente entre los 4 y los 6 años o entre los 12 y los 14 años (Zúñiga, Inzunza, Ovalle y Ventura, 2009).

El diagnóstico de una enfermedad crónica como la DM1 en un hijo puede ser uno de los acontecimientos vitales más estresantes para sus padres (Johnston y Marder, 1994). Añadido a lo anterior, la complejidad de su tratamiento, las dificultades en el cumplimiento del mismo y las continuas preocupaciones, pueden ser estresores potenciales (Beléndez, Hidalgo, Bermejo, Ros y Méndez, 2001) para los padres.

Esta responsabilidad, sumada a una percepción de baja auto-eficacia y un elevado temor a las hipoglucemias producen un elevado estrés (Streisand, Swift, Wickmark, Chen, & Holmes, 2005), originando mayores niveles de trastornos psicológicos en la familia, principalmente en los padres (Hansen, Weissbrod, Schwartz, & Taylor, 2012).

Sin embargo, es necesario señalar que los cuidados del niño o adolescente generalmente recaen en un miembro específico de la familia, denominado cuidador principal (Seguí, Ortiz-Tallo, y De Diego, 2008; Horsch, McManus, & Kennedy, 2012) que suele ser la madre (García-Campayo et al., 2009; García, Pérez y Montoya-Castilla, 2014; González y Gimeno, 2010; Pérez-Marín, 2000). Esta estresante situación, puede dar lugar al conocido “síndrome del cuidador” o sobrecarga del cuidador (López et al., 2009).

En este sentido, el “síndrome del cuidador” podría definirse como un conjunto de alteraciones físicas (como cefaleas, insomnio, alteraciones del sueño o dolores osteoarticulares), psíquicas (como estrés, ansiedad, irritabilidad, miedo a la enfermedad, sentimientos de culpa por no poder hacer frente a todas las necesidades de la persona a cargo), deterioro de las relaciones sociales en forma de aislamiento, abandono, soledad o disminución del tiempo de ocio, problemas laborales como absentismo, bajo rendimiento o pérdida o abandono del puesto de trabajo y económicos tanto por los costes directos como por los indirectos. Añadido a lo anterior, también pueden aumentar los conflictos familiares y de pareja (Pérez, Abanto y Labarta, 1996), provocando en algunas ocasiones el divorcio.

Independientemente de la duración de la diabetes, (Mitchell et al., 2009; Mullins et al., 2004; Wu, Gravers, Roberts & Mitchell, 2010), la edad del niño en el momento del diagnóstico (Wu et al., 2010), la gravedad de la enfermedad (Mullins et al., 2004; Streisand et al., 2005) y el conocimiento de la diabetes de los padres (Chisholm et al., 2007), los cuidadores de niños con enfermedades crónicas suelen presentar mayor estrés que los padres con hijos sanos, en relación a la enfermedad y en tareas de cuidados que no están relacionadas con la diabetes (Cousino y Hazer, 2013). Por ello, se ha señalado al estrés psicológico como uno de los factores más importantes a la hora de evaluar el

nivel de ajuste y adaptación de los padres respecto al diagnóstico de su hijo (Johnson, 2013).

Asimismo, el estrés generado por la enfermedad está altamente relacionado con una mayor responsabilidad de los padres en la gestión del tratamiento de sus hijos y también con un nivel menor de conductas de autocuidado por parte de sus hijos (Cousino y Hazer, 2013). En este sentido, se han encontrado niveles superiores de estrés en las madres (Johnson, 2013), ya que suelen estar en “vigilancia constante” de la alimentación de sus hijos, los conflictos familiares derivados, la administración de insulina, la monitorización de la glucosa en sangre (Jaser, Linsky y Grey, 2014) y las regulares visitas a las consultas externas.

Se ha de tener en cuenta que altos niveles de estrés producidos por la presencia de la diabetes en un hijo, se han asociado a síntomas clínicamente significativos de ansiedad y depresión (Jaser et al., 2014). Es más frecuente encontrar sintomatología depresiva en los padres y ansiosa en las madres (Baeriswyl, 2007), así como menores niveles de bienestar emocional (Beléndez, 2012), posiblemente por la importante responsabilidad que comporta el cuidado de un hijo con DM1 (García et al., 2014).

Como hemos mencionado, se suelen dar preocupaciones sobre las complicaciones (Carrillo y Vázquez, 1994), sentimiento de culpa

por la posibilidad de haber provocado la enfermedad, ansiedad acerca del futuro del niño y su capacidad de respuesta a la enfermedad (Beléndez et al., 2001) y temor intenso ante la hipoglucemia (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). En consonancia con lo anterior, los cuidadores de pacientes pediátricos con DM1 sufren a menudo estrés y sintomatología ansiosa. Aunque no es tan habitual, puede aparecer asimismo, sintomatología depresiva (García et al., 2014).

Los síntomas ansioso-depresivos y el estrés de los cuidadores principales se han vinculado a un ajuste psicológico adverso tanto en los cuidadores como en sus hijos (Hilliard, Monaghan, Cogen y Streisand, 2010). En este sentido, la sintomatología emocional en el cuidador se ha relacionado con una peor adherencia al tratamiento y al control glucémico (Streisand, Mackey y Herge, 2010).

Por ello, se destaca que los padres pueden interferir en la forma en la que sus hijos se sienten ante el tratamiento (Schneider et al., 2009), ya que reacciones desadaptativas por su parte, pueden ocasionar complicaciones físicas y psicológicas en los pacientes pediátricos (Bilbao-Cercos et al., 2014).

Como consecuencia, la literatura ha manifestado que la adaptación a la enfermedad suele estar más relacionada con las características individuales y familiares que con las de la enfermedad, señalando el entorno familiar como el más relevante (Morawska, Calam y Fraser, 2015), así las variables

familiares, como el estrés del cuidador principal y su sintomatología emocional, son críticas en el ajuste a la diabetes pediátrica aunque están poco estudiadas.

Es por ello que el presente estudio tiene tres objetivos principalmente: (1) describir los niveles de estrés, (2) ansiedad y (3) depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con DM1.

## Método

### *Participantes*

Los participantes fueron 100 cuidadores principales, 85 madres y 15 padres, de pacientes pediátricos, comprendidos entre 8 y 15 años (siguiendo los criterios de ADA), diagnosticados de DM1 y asignados a las unidades de endocrinología pediátrica de los hospitales: Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia (80%), Hospital Clínico de Valencia (6%) y Hospital General Universitario de Valencia (14%).

Se entendió como cuidador principal familiar, al miembro de la familia que generalmente se hacía cargo de los cuidados del niño o adolescente tanto en lo relacionado con la enfermedad como en el resto de actividades..

### *Instrumentos*

Se elaboró un cuestionario ad hoc para recoger las variables sociodemográficas de interés del cuidador familiar (edad, situación laboral, tiempo de in-/actividad laboral, nivel de estudios, estado civil, nivel socioeconómico,

número total de hijos, si otro hijo sufría una enfermedad significativa y si el paciente convive con otra persona que tuviera diabetes). Por otra parte se valoró:

***Estrés parental ante el cuidado de un hijo con enfermedad crónica.*** Se evaluó mediante el Pediatric Inventory for Parents (PIP, Streisand, 2001; Del Ricón, Remor y Arranz, 2006).

Aunque el PIP fue desarrollado en población oncológica, los autores destacan la posibilidad de utilizarlo en con otras enfermedades crónicas (Del Rincón et al., 2006). Consta de 42 situaciones potencialmente estresantes para los padres con hijos enfermos, que se contestan en relación a la Frecuencia (F) y al Esfuerzo (E) de 1 a 5. Sus ítems forman cuatro subescalas:

*Comunicación* se refiere al esfuerzo o la frecuencia con la que los padres se ven en situaciones relacionadas con transmitir al resto (ya sea la propia familia, amigos o profesionales sanitarios) aspectos de la enfermedad de sus hijos.

La subescala de *Cuidados médicos* está relacionada con el esfuerzo o la frecuencia con la que los padres se han de enfrentar a situaciones relacionadas con la atención médica, como someterse a pruebas hospitalarias, cambios en el tratamiento o toma de decisiones sobre el mismo.

El *Distrés Emocional* se refiere a las situaciones que generan malestar emocional al cuidador y al hijo, así como la incertidumbre y la

preocupación por el futuro y la enfermedad del hijo a cargo.

Por último, el *Rol Familiar*, representa aquellas circunstancias relacionadas con la pérdida del rol en el sistema familiar, con la pareja, el mundo laboral, el económico o el tiempo libre.

De las subescalas anteriores, se pueden obtener una puntuación *Total de Frecuencia* y *Total de Esfuerzo*. El PIP cuenta con un baremo no diferenciado en función del sexo, ya que como señalan los autores (Del Rincón et al., 2007), no se observó efecto del sexo del encuestado sobre las puntuaciones del cuestionario. 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.

En la validación de madres con hijos diabéticos encontraron una adecuada consistencia interna tanto para la escala total de frecuencia ( $\alpha=0.94$ ) como para la de esfuerzo ( $\alpha=0.94$ ), así como para las 4 subescalas (alfa entre 0.69 y 0.89) (Lewin et al, 2005).

En nuestro estudio se encontró una adecuada consistencia interna: para la escala de Frecuencia ( $\alpha = 0,88$ ) y para la escala de Esfuerzo ( $\alpha = 0,91$ ).

***Sintomatología emocional ante el cuidado de un hijo con enfermedad crónica.*** Se valoró a través del Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond y Snaith, 1983).

Esta escala es un screening de 14 ítems, valorados de 0 a 3, para detectar la sintomatología ansiosa (7 ítems) y depresiva (7 ítems) de la última semana. La suma de las dos escalas puede generar la puntuación global de malestar emocional. La interpretación de las puntuaciones puede observarse en la Tabla (1).

En cuanto a sus propiedades psicométricas, en la validación en española (Caro e Ibáñez, 1992) la consistencia interna de la escala de ansiedad variaron entre 0.68 y 0.93 (media 0.83), y en la de depresión entre 0.67 y 0.90 (media 0.82).

En nuestra muestra encontramos una adecuada consistencia interna: para la escala general ( $\alpha = 0,88$ ), para la subescala de ansiedad ( $\alpha = 0,85$ ) y para la subescala de depresión ( $\alpha = 0,78$ ).

**Tabla 1.** Interpretación de las puntuaciones de las escalas del HADS

	Ansiedad	Depresión	Malestar Emocional
Normal Ausencia	0-7	0-7	<20
Caso Probable	8-10	8-10	-
Problema Clínico	>10	>10	≥20

### Procedimiento

Previa selección de los familiares de los pacientes pediátricos que cumplieran los criterios de inclusión (no tener patología psiquiátrica ni otra enfermedad física relevante y estar diagnosticado al menos hace 3 meses), los investigadores pasaban a la consulta externa del servicio de endocrinología pediátrica. Después de la presentación, explicaban en qué consistía el estudio y solicitaban su colaboración. Si aceptaban, se les entregaba un cuestionario tras la visita y ellos mismos lo cumplimentaban. Después del pase, se dedicaba un tiempo a comentar la prueba con el familiar y resolver las posibles dudas.

## Resultados

### *Resultados descriptivos de las variables sociodemográficas de los cuidadores familiares principales.*

De los 100 cuidadores familiares principales de pacientes pediátricos diabéticos estudiados, el 85% fueron madres y el 15 % padres. Su edad media fue de 44,36 años (D.T.= 5,79), siendo el mínimo 28 y el máximo 59. La mayoría de cuidadores tenía dos hijos, siendo el mínimo 1 y el máximo 4 hijos por familia. Asimismo, el 27,3% había convivido o convivía regularmente con algún otro familiar diabético y el 13% tenían otro hijo con alguna enfermedad que requería atención especial (alergias, asma, talasemia menor, DM1, enfermedad de Crohn, cardiopatía congénita, alteración de la

coagulación sanguínea, TDAH y trastornos de la alimentación).

**Tabla 2.** Características sociodemográficas de cuidadores del estudio

Estado civil	Soltero = 2,2%
	Divorciado = 8,7%
	Separados = 4,3%
	Viviendo en pareja = 6,5%
	Casado = 77,2%
Nivel de estudios	Otros = 1,1%
	Graduado escolar sin completar = 8,2%
	Graduado escolar = 18,4%
	Bachiller/FP = 41,8%
	Estudios superiores = 31,6%
Situación laboral	Trabajador activo = 66,3%
	Trabajador en no activo = 33,7%
Nivel socioeconómico	Bajo-Bajo = 8,5%
	Bajo-Medio = 11%
	Medio-Medio = 32,9%
	Medio-Alto = 28%
	Alto-Bajo = 11%
	Alto-Medio = 6,1%
Alto-Alto = 2,4%	

Un 23,5% tomaba, aunque no fuera de forma regular tranquilizantes, un 20,4% hipnóticos y un 10,2% antidepresivos. En la Tabla 2 se muestran otras variables sociodemográfica de interés.

**Resultados descriptivos de las variables clínicas de los cuidadores familiares principales.**

**Estrés del cuidador ante la enfermedad de su hijo:** A continuación (Tabla 3), se pueden observar las puntuaciones medias en frecuencia y esfuerzo que suponen al cuidador principal algunas situaciones derivadas del cuidado de sus hijos durante la última semana, así como los percentiles obtenidos (Tabla 4). Los valores fueron moderados-altos, señalando que el cuidador familiar está expuesto a numerosas situaciones estresantes, sobre todo en relación a la comunicación y los cuidados médicos.

**Tabla 3.** Estadísticos descriptivos de las subescalas del PIP

Escalas PIP	M	D.T.	Me	Puntuación
	C. (F)	23,38	5,75	24
C (E)	18,71	7,73	18	9-45
C.M (F)	26,34	6,58	27	8-40
C.M (E)	16,42	8,26	14	8-40
D.E (F)	40,96	10,40	41	15-75
D.E (E)	42,78	13,24	45	15-75
R.F (F)	23,09	8,16	23	10-50
R.F (E)	22,40	8,35	22	10-50
T.E (F)	113,11	27,76	112	42-210
T.E (E)	99,06	32,14	98	42-210

Nota: M = media; D.T. = Desviación Típica; Me= Mediana; F=frecuencia; E=esfuerzo; C=Comunicación; C.M= Cuidados médicos; D.E= Distrés Emocional; R.F= Rol Familiar; T.E.=Total Estrés

Destacaron las puntuaciones en Frecuencia, aunque en la escala de Distrés emocional, factor Esfuerzo presentó valores

superiores. En el apartado de metodología nos planteábamos que aquellos cuidadores que se situaran por encima del percentil 65 serían calificados como con un alto nivel de estrés.

En cuanto a las puntuaciones totales observamos que en la puntuación Total Frecuencia un 35,56% de los sujetos obtenía niveles muy elevados de estrés ante el cuidado. En la puntuación Total Esfuerzo un 36,05% de los cuidadores principales obtenían puntuaciones muy elevadas en estrés parental (Tabla 4).

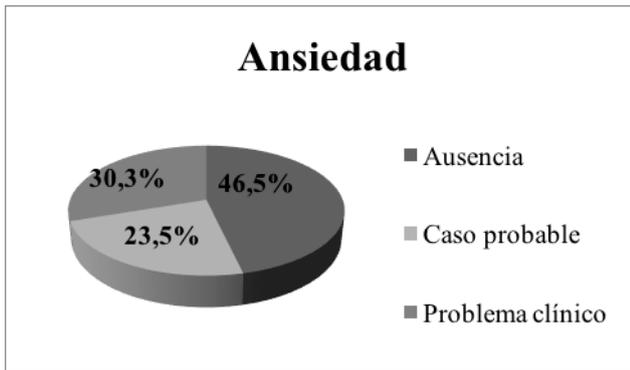
**Tabla 4.** Percentiles.

	Escalas PIP									
	C.		C.M		D.E		R.F		T.E	
	(F)	(E)	(F)	(E)	(F)	(E)	(F)	(E)	(F)	(E)
10	17	11	19	9	29	25,8	15	11	83,2	62,4
20	20	12	2	11	33	29	18	16	97	75
30	21	14	5	12	36	35,4	20	18	102,6	83
40	22	16	6	13	39	41,2	21	19	109	90
50	24	18	27	14	41	45	23	22	112	98
60	25	19	28	15	43	48	24	24	122	105
70	26	22	29	17	46	50,6	25	25	125	115,6
80	28	24	31	23	48	53,4	28	30	131,6	125,8
90	30	28,3	34	28	53,9	59	32	33	144,6	140
100	38	57	38	60	70	69	64	46	191	176

Nota: M = media; DT = desviación típica; Me= Mediana; P.= Puntuaciones entre; F=frecuencia; E=esfuerzo; C=Comunicación; C.M= Cuidados médicos; D.E= Distrés Emocional; R.F= Rol Familiar; T.E.=Total estrés

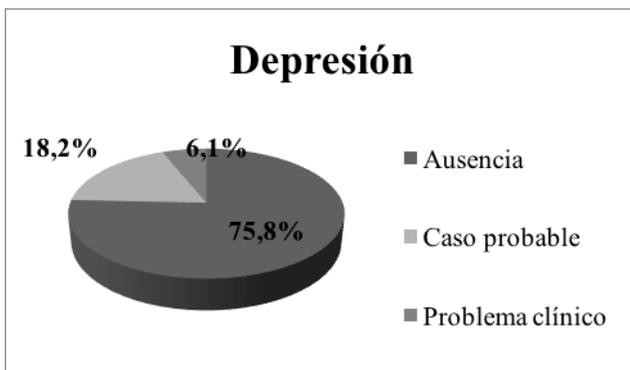
**Sintomatología emocional del cuidador ante la enfermedad de su hijo:** Un gran porcentaje de los cuidadores principales (53,5%) presenta sintomatología ansiosa, destacando un 30,3% con un problema clínico de ansiedad (Figura 1).

**Figura 1.** Ansiedad en el cuidador principal.



Un 24,3% de los cuidadores principales presenta sintomatología depresiva (Figura2). Añadido a lo anterior, un 16,2% presenta un problema clínico de malestar emocional.

**Figura 2.** Depresión en el cuidador principal.



### Discusión

El cuidado de un familiar con enfermedad crónica, como la DM1, es una situación vital que impacta notablemente en la salud física y mental, más aún si se trata de un hijo. El adecuado control de la DM1 requiere un gran esfuerzo por parte del cuidador y del paciente pediátrico, en forma de continuos controles de glucemia, visitas a al hospital, control sobre la dieta y decisiones acerca del tratamiento diarias (Beléndez et al., 2001).

Todo lo anterior, puede generar en un gran número de casos: estrés (Cousino y Hazer, 2013; Johnson, 2013; García et al., 2014), ansiedad y depresión (Beléndez et al., 2001; Carrillo y Vázquez, 1994; García et al., 2014; Jaser et al., 2014). Es por ello que la presente investigación se planteó los objetivos de valorar la presencia de estrés, ansiedad y depresión en los cuidadores de pacientes pediátricos con DM1.

En la línea de lo evidenciado anteriormente (Cousino y Hazer, 2013; Johnson, 2013; García et al., 2014), nuestros resultados señalan que los cuidadores principales están sometidos a un gran nivel de estrés, ya que están expuestos a una elevada cantidad de situaciones estresantes, sobre todo en relación a la frecuencia con la que han de comunicarse con familiares, amigos o profesionales acerca de la enfermedad de sus hijos, así como las situaciones en las que han acudir a la consulta del endocrino, los continuos controles de glucosa, y las decisiones constantes sobre el tratamiento de sus hijos.

Cabe destacar, que se enfrentan a numerosas situaciones que les generan malestar emocional y preocupación por el futuro de sus hijos, lo que les suele suponer un gran esfuerzo. Es por ello, se encuentran elevadas puntuaciones en estrés parental en relación al cuidado, tanto en el esfuerzo que les supone el cuidado como en la cantidad de situaciones a la que se enfrentan.

Añadido a lo anterior y en consonancia con la literatura consultada (Beléndez et al., 2001; Carrillo y Vázquez, 1994; García et al., 2014;

Jaser et al., 2014), es habitual que los cuidadores presenten sintomatología emocional, destacando como más de la mitad de ellos (53,3%) muestra síntomas ansiosos. En este sentido, es realmente preocupante como más de un 30% presenta un problema clínico de ansiedad, siendo habituales las preocupaciones y anticipaciones negativas, la intranquilidad, la tensión o nerviosismo, la angustia, el miedo y sintomatología física como hormigueos en el estómago.

Asimismo, es alarmante como un 24,3% muestra síntomas depresivos, siendo un 6,1% de los cuidadores los que podrían padecer un problema clínico de depresión, destacando en ellos síntomas como: anhedonia, disforia, hipotimia, lentitud y torpeza, y pérdida del interés por el propio cuidado.

Cabe destacar la importancia de la presencia de sintomatología emocional en los cuidadores principales, pues son quienes están en continuo contacto con los pacientes pediátricos, y quienes suelen tomar las constantes decisiones acerca del tratamiento. Lo cual, como señalaba la literatura anterior (Streisand et al., 2010), puede influir en la adherencia al tratamiento y el control metabólico de los pacientes, aumentando la probabilidad de aparición de graves complicaciones tanto a corto como largo plazo.

El presente estudio puede tener limitaciones como el uso de auto informes, la medición en un único momento temporal o un número de participantes. No obstante, es uno de los estudios con más muestra recogida en cuidadores principales de pacientes pediátricos con DM1,

por lo que consideramos que podría ser una primera aproximación empírica a la problemática de los cuidadores de pacientes con DM1, muchas veces olvidados.

Creemos relevante valorar la sintomatología presente en los cuidadores principales, para así poder generar programas de intervención que se centren también sus necesidades, lo cual influirá en la salud física y mental de los pacientes pediátricos, previniendo posibles complicaciones (Bilbao-Cercós et al., 2014; Hilliard et al., 2010).

Como conclusión, destacamos la necesidad de aumentar el número de estudios acerca de la sintomatología emocional en cuidadores de pacientes pediátricos con DM1 en España, así como incluir a la familia en los programas de prevención e intervención.

Futuras líneas de investigación, deberían profundizar en la presente temática, evaluando también a los pacientes pediátricos, teniendo en cuenta posibles variables mediadoras y factores de riesgo y protección para valorar cómo influyen en la sintomatología emocional de niños con DM1 y sus cuidadores principales.

## **Referencias**

- Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (2010). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Baeriswyl, K. (2007). Salud Mental, Factores Psicológicos y Familiares en Niños Diabéticos Tipo 1 entre los 8 y los 12 años que viven en la V Región. Disponible en

<http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/106578>

- Beléndez, M. (2012). Estrategias de afrontamiento y bienestar emocional en padres y madres de niños y adolescentes con diabetes: diferencias de género. *Ansiedad y estrés*, 18(2), 177-186
- Beléndez, M., Hidalgo, M.D., Bermejo, R.M., Ros M.C., y Méndez, F.J. (2001). Propiedades psicométricas del inventario de estrés percibido en el cuidado de la diabetes: estudio piloto con una muestra de padres de niños con diabetes insulino-dependiente. *RIDEP*, 11(1), 9-27
- Bilbao-Cercós, A., Beniel-Navarro, D., Pérez-Marín, M., Montoya-Castilla, I., Alcón-Sáez, J. J., & Prado-Gascó, V. J. (2014). El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátricos. *Clínica y Salud*, 25(1), 57-65
- Borrás, V. (2006). *Diabetes mellitus tipo 1 en niños menores de 5 años. Estudio epidemiológico en Cataluña 1989-2002*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Bosch, X., Alfonso, F., y Bermejo, J. (2002). Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Revista española de cardiología*, 55(5), 525-527
- Caro, I. e Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. (The Hospital Anxiety and Depression Scale). *Boletín de Psicología*, 36, 43-69
- Carrillo, F.X., y Vázquez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 10(2), 189-198
- Chamorro, M. M., Martínez, I. L., y Tomás, C. L. (2002). Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus. *Boletín de Pediatría*, 42, 114-119
- Chisholm, V., Atkinson, L., Donaldson, C., Noyes, K., Payne, A., y Kelnar, C. (2007). Predictors of treatment adherence in young children with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 482-493
- Cousino, M. K., & Hazer, R.A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *Journal of pediatric psychology*, 38(8), 809-828
- 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
- García, A., Pérez, M., y Montoya-Castilla, I. (2014). Ansiedad en cuidadoras principales de niños con diabetes mellitus Tipo 1. *Calidad de vida y salud*, 7(2), 42-53
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., y 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
- González, F., y Gimeno, A. (2010). Salud mental de la cuidadora principal y su relación el perfil individual, el clima familiar y la red social. Un estudio con familias bajo medidas de protección. *Psicología.com*, 14(6), 1-12.
- Hansen, J. A, Weissbrod, C., Schwartz, D. D., y 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
- Hilliard, M. E., Monaghan, M., Cogen, F. R., y Streisand, R. (2010). Parent stress and child behavior among young children with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development*, 37, 224–232
- Horsch, A., McManus, F., y Kennedy, P. (2012). 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
- Johnston, C.E., & Marder, L.R. (1994). Parenting the child with a chronic condition: an emotional experience. *Pediatric Nursing*, 20, 611-614.
- Johnson, L. N. (2013). *Parent Distress in Life with a Child with Type 1 Diabetes*. (Tesis doctoral). University of South Florida.
- 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
- Mitchell, S. J., Hilliard, M. E., Mednick, L., Henderson, C., Cogen, F. R., y Streisand, R. (2009). Stress among fathers of young children with type 1 diabetes. *Families, Systems & Health. The Journal of Collaborative Family Healthcare*, 27, 314–324
- 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. doi: 10.1177/1367493513496664.
- Mullins, L. L., Fuemmeler, B. F., Hoff, A., Chaney, J. M., Van Pelt, J., y Ewing, C. A. (2004). The relationship of parental overprotection and perceived child vulnerability to depressive symptomatology in children with type 1 diabetes mellitus: The moderating influence of parenting stress. *Children's Health Care*, 33, 21–34
- Pérez, J.M., Abanto, J., y Labarta J. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Atención Primaria*, 18, 194-202.
- Pérez-Marín, M. (2000). *La familia del enfermo oncológico: un programa de intervención*

- psicológica*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia.
- Pérez-Marín, M., Gómez-Rico, I., & Montoya-Castilla, I. (2015). Type 1 Diabetes Mellitus: Psychosocial factors and adjustment of pediatric patient and his/her family. Review. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(2), 158-162
- Schneider, S., Iannotti, R.J., Nansel, T.R., Haynie, D.L., Sobel, D.O. y Simons-Morton, B. (2009). Assessment of an Illness-specific Dimension of Self-esteem in Youth with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(3), 283-293
- Seguí, J., Ortiz-Tallo, M., y 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
- Streisand, R., Braniecki, S., Tercyak, K.P. y Kazak, A.E. (2001). Childhood illness-related parenting stress: The Pediatric Inventory for Parents. *Journal Pediatric Psychology*, 26, 155-162
- Streisand, R., Swift, E., Wickmark, T., Chen, R., & Holmes, C.S. (2005). Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: the role of self-efficacy, responsibility, and fear. *Journal of pediatric psychology*, 30(6), 513–521
- Streisand, R., Mackey, E. R., & Herge, W. (2010). Associations of parent coping, stress and well-being in mothers of children with diabetes: Examination of data from a national sample. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 612–617
- Zigmond, A.S., y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370
- Zúñiga, F., Inzunza, C., Ovalle, C., & Ventura, T. (2009). Diabetes mellitus tipo 1 y psiquiatría infanto-juvenil. *Revista chilena de pediatría*, 80(5), 467-474
- Wu, Y. P., Graves, M. M., Roberts, M. C., y Mitchell, A. C. (2010). Is insulin pump therapy better than injection for adolescents with diabetes? *Diabetes Research and Clinical Practice*, 89, 121–125.

Recibido: Enero, 2017 • Aceptado: Marzo, 2017