

Talla baja en la infancia y la adolescencia: psicopatología y estilo educativo familiar

Laura Lacomba-Trejo¹, Sara Casaña-Granel², Inmaculada Montoya-Castilla³ y Marián Pérez-Marín³

¹Universitat de València. Valencia, España.

²University of Virginia Cancer Center, Charlottesville, VA, Estados Unidos

³Universidad de Valencia. Valencia, España

Resumen

Padecer talla baja (TB) durante la infancia o adolescencia puede asociarse con un mayor sufrimiento de clínica ansiosa y depresiva. Factores como los estilos parentales, el género, la edad, el tratamiento, las hospitalizaciones y la altura del adolescente y de sus progenitores pueden influir en el ajuste. El objetivo fue estudiar las variables personales y familiares que se asocian con un menor padecimiento de clínica ansiosa, depresiva y malestar emocional. Participaron 168 adolescentes con TB de entre 9 y 17 años ($M=12,09$; $DT=2,07$), siendo el 60,10%. Fueron evaluados mediante un registro ad hoc, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y la Escala de Estilos Parentales. Se realizaron análisis descriptivos, pruebas t de Student para muestras independientes, cálculo del tamaño del efecto, correlaciones de Pearson y regresiones jerárquicas. Los resultados evidenciaron que los estilos familiares positivos y un menor número de hospitalizaciones se asociaron con menor presencia de síntomas ansiosos y depresivos. Las chicas y quienes llevaban mayor tiempo con el diagnóstico de TB mostraron mayor comunicación con su familia. Los adolescentes con menor edad mostraron peor percepción de estilo parental. La edad, el tratamiento médico y la altura no se relacionaron con el ajuste psicológico. En la predicción de los síntomas ansiosos, depresivos y del malestar emocional fue relevante un mayor número de hospitalizaciones y menor promoción de la autonomía y control conductual. Destacamos la importancia de las variables familiares en el ajuste de los adolescentes con TB.

Palabras clave: Talla baja; adolescencia; malestar emocional; estilos familiares.

Abstract

Short stature in childhood and adolescence: psychopathology and family educational style. Having short stature (stunting) during childhood or adolescence may be associated with increased clinical distress and depression. Factors such as parenting styles, gender, age, treatment, hospitalizations and height of the adolescent and parents may influence adjustment. The aim was to study personal and family variables that are associated with less clinical anxiety, depression and emotional distress. A total of 168 adolescents with TB aged 9-17 years ($M=12.09$; $SD=2.07$) participated, 60.10%. They were assessed using an ad hoc register, the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Parental Styles Scale. Descriptive analyses, Student's t-tests for independent samples, effect size calculation, Pearson correlations and hierarchical regressions were performed. Results showed that positive family styles and fewer hospitalizations were associated with fewer anxious and depressive symptoms. Girls and those who had been diagnosed with TB for a longer period of time showed greater communication with their family. Younger adolescents showed worse perception of parenting style. Age, medical treatment and height were not related to psychological adjustment. In the prediction of anxious and depressive symptoms and emotional distress, a greater number of hospitalizations and less promotion of autonomy and behavioural control were relevant. We highlight the importance of family variables in the adjustment of adolescents with TB.

Keywords: Short Stature; adolescence; emotional distress; family styles; family styles.

La adolescencia se define como una etapa del desarrollo vital que comprenden de los 10 a los 19 años y que representa la transición entre la infancia y la adultez. Está caracterizada por una gran variedad de cambios a nivel biológico, psicológico y social, que pueden suponer complicaciones psicosociales (Organización Mundial de la Salud, 2015; Palacios et al., 2011). Si a lo anterior se le une el padecimiento de condición

médica crónica el impacto puede ser mayor (Valero-Moreno et al., 2020).

La talla baja (TB) es una condición crónica bastante frecuente (Chueca et al., 2008) que ocurre cuando la altura del niño o niña es inferior a 2 desviaciones típicas para lo esperado por sexo y edad (Diago et al., 2006). Aunque puede deberse a factores médicos como hipocrecimiento por causa social o nutri-

Correspondencia:

Marián Pérez-Marín

Universitat de València

Av. Blasco Ibáñez, 21, 46010, Valencia, España.

E-mail: marian.perez@uv.es

cional, enfermedades crónicas o condiciones iatrogénicas; en la mayoría de los casos (80%) se desconoce la causa y se le denomina talla baja idiopática (TBI) (Ceñal, 2009). En este grupo se encuentran diversas entidades clínicas de las que se desconoce la etiología pero que comparten el retraso crónico del crecimiento que se extenderá a la edad adulta (Carrascosa et al., 2011). Este diagnóstico, se realiza por exclusión y todavía hoy el tratamiento médico está en proceso de estudio, ya que los riesgos pueden ser mayores a los beneficios (Carrascosa et al., 2011).

Debido al retraso constitucional del crecimiento que sufren estos adolescentes, pueden padecer infantilización y exclusión social, por lo que su autoestima y autoconcepto puede verse afectado (Bullinger et al., 2009). Añadido a lo anterior, pueden padecer problemas emocionales, especialmente relacionados con los síntomas ansiosos y depresivos (Casaña-Granell et al., 2021a). No obstante los resultados hallados han sido controvertidos pues algunos estudios muestran que el ajuste psicosocial de estos adolescentes es igual que el de otros sin TB (Kranzler et al., 2000). Ahora bien, unos peores resultados de salud emocional se asocian a un peor ajuste y adaptación al tratamiento médico (Valero-Moreno, 2021).

En este contexto, unos estilos familiares positivos caracterizados por afecto, comunicación y límites claros, pueden ayudar a adaptarse emocionalmente al diagnóstico al adolescente con TB y a su familia, previniendo futuras complicaciones (Case & Paxson, 2008; Casaña-Granell et al., 2021a; Quitmann et al., 2016; Pérez & Alvarado, 2015; Sohn, 2016; Toledano-Toledano et al., 2021; Torralba-García et al., 2021). Cuando los hijos e hijas perciben la crianza como cálida, suelen manifestar comunicación, afecto, colaboración y cohesión familiar, protegiendo así la relación de conflictos (Pérez & Alvarado, 2015). Los estudios muestran que los adolescentes con TB perciben a su familia como sobreprotectora lo que disminuye su autonomía (Bullinger et al., 2009), aunque en otros casos encuentran estilos familiares saludables (Casaña-Granell et al., 2021b, 2021a; Kranzler et al., 2000).

Añadido a lo anterior, es posible que el ajuste emocional y familiar se asocie con variables personales y clínicas del adolescente como el género, la edad, la altura, el tiempo desde el diagnóstico y tratamiento o el número de hospitalizaciones (Bai et al., 2016; Carrión-Plaza, 2021; Lacomba-Trejo et al., 2021; Oliva et al., 2007; Valero-Moreno, 2021). Así, las chicas informan de más malestar emocional, control conductual, afecto y comunicación y revelación familiar (Oliva et al., 2007). Por otra parte, a pesar de que a mayor edad el impacto emocional es mayor (Valero-Moreno, 2021), los resultados en relación a los estilos parentales son controvertidos, observándose que no existe consenso en los cambios a lo largo de tiempo en estas variables (Shek, 2000).

En cuanto a las variables clínicas, los adolescentes de mayor altura son más felices (Bai et al., 2016). Por otra parte, un mayor tiempo desde el diagnóstico y tratamiento puede asociarse a un mejor ajuste psicológico (Geisler et al., 2012; Lacomba-Trejo et al., 2021; Silva et al., 2018). Por el contrario, las hospitalizaciones suelen ser eventos que se viven como muy estresantes (Mahakwe et al., 2021).

A pesar de la importancia de las variables personales, clínicas y familiares en la prevención de la sintomatología emocional en adolescentes con condiciones crónicas como la TB, son pocos estudios los que se han centrado en estas variables de

manera conjunta (Casaña-Granell, 2019). Por todo lo anterior, el objetivo del presente estudio fue analizar la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, así como evaluar los estilos parentales percibidos por adolescentes con TB. Esperamos encontrar (H1) presencia de síntomas ansiosos y depresivos, (H2) estilos familiares poco saludables. (H3) Más síntomas ansiosos y depresivos se relacionarán con estilos familiares poco saludables. (H4) Las chicas mostrarán más impacto emocional, más comunicación, revelación y control parental. (H5) Una mayor edad se asociará con más malestar emocional. (H6) Una mayor desviación típica en la altura del adolescente se relacionará con más desajuste emocional. (H7) Un mayor tiempo de diagnóstico y tratamiento se relacionará con menos malestar emocional. (H8) Más hospitalizaciones se asociarán con más malestar emocional. (H9) Esperamos que la sintomatología emocional esté predicha por estilos familiares poco saludables, una mayor desviación típica en la altura del adolescente, menor tiempo de diagnóstico y tratamiento y más hospitalizaciones.

Método

Participantes

Participaron 168 adolescentes diagnosticados de TB, entre los 9 y los 17 años ($M = 12,09$; $DT = 2,07$), siendo el 60,10 % hombres ($n = 101$), y el 39,90% mujeres ($n = 67$). En el momento de evaluación hacía aproximadamente 5 años del diagnóstico ($M = 5,14$; $DT = 3,80$). Aquellos que estaban en tratamiento con hormona del crecimiento (GnRh) (47,40 %), lo estaban también desde hacía aproximadamente 5 años ($M = 2,11$; $DT = 3,35$). La mayoría (91,00 %) no había estado nunca hospitalizado por motivos relacionados con la TB ($M = 0,15$; $DT = 0,52$), aunque un 4,90% lo estuvieron una vez, un 2,80% dos veces, un 1,40 tres veces hospitalizado. En cuanto a la altura de los adolescentes, la media fue de 138,93 cm ($DT = 16,42$), por lo que la media de las desviaciones típicas (DT) de la altura del adolescente se situaron en -2,05 ($DT = 0,74$). Por último, en cuanto a la altura de los progenitores, las madres medían entre 137 y 182 cm ($M = 156,37$; $DT = 7,20$) y los padres entre 148 y 185 ($M = 168,97$; $DT = 7,43$).

Todos los adolescentes que participaron en el estudio estaban en seguimiento al menos durante seis meses en consultas externas de la unidad de endocrinología pediátrica del Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia y del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Los criterios de inclusión fueron tener una edad entre 9 y 18 años, y que su estatura se encontrara por debajo de -2 DT respecto a su edad y sexo en comparación a la población de referencia, o lo que es lo mismo, que su altura se encontrara por debajo del percentil 3. Se excluyeron a aquellos adolescentes con TB que, a pesar de cumplir con los criterios anteriormente mencionados, mostraran alguna enfermedad física o psicológica previa adicional.

Instrumentos

- *Variables sociodemográficas y clínicas*: las variables sociodemográficas (sexo y edad) y clínicas (altura del adolescente y de sus progenitores en cm, desviación típica y percentil, tiempo desde el diagnóstico y desde el tratamiento y número de hospitalizaciones), se evaluaron mediante un cuestionario creado ad hoc.

- *Sintomatología ansiosa y depresiva*: se valoró mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond & Snaith, 1983) en su versión adaptada a la población pediátrica española de Valero-Moreno y colaboradores (2019). Se trata de un instrumento de cribado de síntomas ansiosos y depresivos que permite detectar el malestar emocional en personas con problemas de salud físicos. Esta escala elimina el componente somático, ya que los síntomas somáticos de los problemas emocionales pueden confundirse con sintomatología física presente en personas con problemas de salud física. La escala adaptada a población de adolescentes con problemas de salud endocrinos y respiratorios consta de 11 ítems que se responden en un formato tipo Likert de 0 a 3 y que dan lugar a la subescala de síntomas ansiosos y depresivos. Mediante su sumatorio se puede obtener una medida de malestar emocional general. El instrumento cuenta con baremos, punto de corte y centiles para facilitar su interpretación. Los estudios previos muestran adecuadas propiedades psicométricas (Lacomba-Trejo et al., 2018; Valero-Moreno et al., 2019). En el presente trabajo se obtuvieron aceptables (ansiedad $\alpha = ,51$; depresión $\alpha = ,60$; malestar emocional $\alpha = ,62$).

- *Estilos parentales*: para la evaluación de la percepción de los estilos familiares por parte de los adolescentes se utilizó la Escala para la Evaluación del Estilo Parental (Oliva et al., 2007). El cuestionario está compuesto por 41 ítems de escala tipo Likert que oscila entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). La escala da lugar a seis subescalas que son: afecto y comunicación, promoción de autonomía, control conductual, control psicológico, revelación y humor. En todas las subescalas a excepción de la de control, mayores puntuaciones indican estilos familiares más saludables. Por último, la subescala de control conductual muestra asociaciones en forma de U con indicadores de ajuste psicosocial, en este sentido puntuaciones muy altas o bajas indican estilos familiares no saludables. La escala tiene baremos y centiles que facilitan su interpretación. Los estudios previos informan adecuadas propiedades psicométricas (Oliva et al., 2007). Los valores de consistencia interna para las subescalas fueron aceptables (afecto y comunicación $\alpha = ,55$; promoción de la autonomía $\alpha = ,80$; control conductual $\alpha = ,67$; control psicológico $\alpha = ,81$; humor $\alpha = ,60$; revelación $\alpha = ,80$).

Procedimiento

Previa selección de los adolescentes con TB que cumplieran los criterios de inclusión, las investigadoras asistían a la consulta médica. Al finalizar la revisión médica del adolescente, un miembro del equipo de investigación que eran graduadas

en psicología con Máster en Psicología General Sanitaria, informaba a la familia y al adolescente sobre el estudio y le solicitaba su participación de forma anónima y voluntaria. Tanto los progenitores como el niño o adolescente firmaron el consentimiento informado y obtuvieron una hoja informativa al respecto. Tras esto, el paciente pediátrico y el miembro del equipo investigador se entrevistaban en un despacho facilitado por la unidad de endocrinología pediátrica. A modo de entrevista semiestructurada, se realizaba el pase de los cuestionarios correspondientes al adolescente con TB. Una vez finalizado el encuentro con el paciente, se procedía a recopilar el dossier de evaluación del cuidador principal y se realizaba un breve feedback sobre el proceso de evaluación. Esta investigación ha sido aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Valencia (IRB) (No.H141815452539) y llevada a cabo de acuerdo con los principios expresados en la Declaración de Helsinki (2013).

Diseño de la investigación

El diseño del presente trabajo es transversal, la evaluación se llevó en un único momento temporal.

Análisis estadístico

Los datos del estudio fueron analizados con el programa SPSS versión 26.0. Se realizaron estadísticos descriptivos, pruebas *t* de Student para muestras independientes para observar si existían diferencias de medias en sintomatología emocional y estilos parentales en función del sexo de los participantes, y *d* de Cohen para el cálculo del tamaño del efecto (TE). Según Cohen (1998), se consideran valores pequeños de TE aquellos $\approx 0,2$, medios $\approx 0,5$ y altos $\approx 0,8$. Según Cohen (1998), se consideran valores pequeños de tamaño del efecto aquellos $\approx 0,01$, medios $\approx 0,06$ y suficientemente grandes como para ser tenidos en cuenta $\approx 0,14$. Se llevaron a cabo correlaciones de Pearson y análisis de regresión jerárquica por pasos.

Resultados

Psicopatología

Una gran parte de los adolescentes con TB mostraron síntomas ansiosos (32,40 %). Concretamente un 7,80 % de los participantes mostró un problema clínico de ansiedad. Por otra parte, un 2,40 % de ellos mostró síntomas depresivos, por lo que un 2,40 % de ellos evidenció un problema de malestar emocional general. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al respecto en función del género (Tabla 1).

Tabla 1. Sintomatología emocional en adolescentes con TB y diferencias en función del género.

		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>P25</i>	<i>P50</i>	<i>P75</i>	Rango	<i>Mm</i>	<i>DTm</i>	<i>Mh</i>	<i>DTh</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
HADS	Ansiedad	5,41	4,16	0	18	3	5	7	0-18	5,94	5,41	5,06	3,06	1,34	165	0,182	0,21
	Depresión	1,58	1,83	0	12	0	1	2	0-15	1,6	1,75	1,57	1,88	0,09	164	0,93	0,15
	Malestar emocional	6,99	5	0	33	4	6	9	0-33	7,54	6,23	6,63	4,01	1,14	164	0,256	0,18

Nota: HADS= Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; *M*= Media; *DT*= Desviación Típica; *Mín.*= Mínimo; *Máx.*=Máximo; *P25*= Percentil 25; *P50*= Percentil 50; *P75*= Percentil 75

Tabla 2. Estilos familiares percibidos por adolescentes con TB y diferencias en función del género

	M	DT	Mín.	Máx.	P25	P50	P75	Rango	Mm	DTm	Mh	DTh	t	gl	p	d	
EP	Afecto y comunicación	43,07	7,73	25	48	40	43	47	Aug-48	43,42	4,55	42,84	9,27	0,4	119	0,688	0,06
	Autonomía	40,11	6,59	18	48	36	42	46	Aug-48	41,1	6,36	39,45	6,7	1,35	119	0,178	0,22
	Control conductual	28,98	6,34	8	36	26	29	35	Jun-36	29,43	6,94	28,68	5,94	0,62	118	0,534	0,1
	Control psicológico	21,51	8,42	8	45	15	21	27,5	Aug-48	19,83	8,6	22,62	8,16	1,8	119	0,075	0,29
	Revelación	22,18	6,72	5	30	19	24	27,75	May-30	24,6	6,03	20,56	6,71	3,37	118	0,001	0,65
	Humor	30,91	4,66	19	36	28	32	34	Jun-36	30,91	4,66	30,85	4,9	0,17	119	0,863	0,03

Nota: EP= Escala para la Evaluación del Estilo Parental; Mm= Media de mujer; DTm= Desviación Típica de mujer; Mh= Media de hombre; DTh= Desviación Típica de hombre; t= valor de t de Student; gl= grados de libertad; p= valor de significación; d= d de Cohen o tamaño del efecto.

Tabla 3. Asociaciones entre síntomas ansiosos y depresivos y estilos familiares percibidos en adolescentes con TB

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
HADS	Edad	1								
	Síntomas ansiosos	-0,06	1							
	Síntomas depresivos	-0,04	,28**	1						
	Malestar emocional	-0,06	,94**	,60**	1					
EP	Afecto y comunicación	-0,06	-,18*	-,29**	-,26**	1				
	Promoción de la autonomía	-0,02	-,26**	-,46**	-,39**	,54**	1			
	Control conductual	-0,01	-,27**	-,22*	-,31**	-0,03	,20*	1		
	Control psicológico	0,03	,23**	,20*	,27**	-,23*	0,11	0,11	1	
	Revelación	-,27*	-0,06	-,25*	-0,14	0,13	,46**	0,14	-0,13	1
	Humor	0	-0,13	-,28**	-,20**	,41**	,50**	-0,06	-,19*	,26**

Nota: HADS= Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; EP= Escala para la Evaluación del Estilo Parental; *p≤,05; **p≤,01; ***p≤,001

Tabla 4. Modelos de regresión jerárquica para síntomas ansiosos, síntomas depresivos y malestar emocional

Predictor	Síntomas ansiosos				Síntomas depresivos				Malestar emocional					
	ΔR2	ΔF	β	t	ΔR2	ΔF	β	t	ΔR2	ΔF	β	t		
Paso 1	0,06	7,32*			Paso 1	0,14	17,53***			Paso 1	0,13	15,61***		
Ingresos hospitalarios			0,18	2,02*	Ingresos hospitalarios			0,3	3,59***	Ingresos hospitalarios			0,26	3,03***
Paso 2	0,17	5,67***			Paso 2	0,32	5,67***			Paso 2	0,21	6,26***		
Promoción de autonomía			-0,18	2,02*	Afecto y comunicación			-0,01	0,7	Afecto y comunicación			-0,04	0,45
Control conductual			-0,23	2,51*	Promoción de autonomía			-0,39	3,32**	Promoción de autonomía			-0,25	2,23*
Control psicológico			-0,17	1,81	Control conductual			-0,07	0,75	Control conductual			-0,24	2,71**
					Control psicológico			0,07	0,85	Control psicológico			0,16	1,86
					Revelación			-0,08	0,92	Humor			-0,05	0,49
					Humor			0,01	0,99	Humor			0,01	0,99
Durbin-Watson	2,54					2,09					2,36			
R2ajd	,17**					,32**					,29**			

Nota. ΔR2 = cambio en R2; ΔF = cambio en F; β = coeficiente de regresión; t = valor de t; *p. ≤ 0,05; **p. ≤ 0,01; ***p≤ 0,01

Estilos familiares

En cuanto a los estilos familiares percibidos por los adolescentes encontramos estilos parentales saludables caracterizados por niveles altos de afecto y comunicación, promoción de la autonomía, revelación de información por parte del adolescente de manera espontánea y humor en la familia, lo que se acompañó de niveles moderados de control conductual y

bajos de control psicológico. Las chicas mostraron más comunicación de manera espontánea con sus padres (t = 3,36, p = ,001, d = ,65), encontrando en este caso un tamaño del efecto alto (Tabla 2).

Asociaciones entre las variables a estudio

Encontramos asociaciones lineales, estadísticamente signi-

ficativas y moderadas o fuertes entre las variables a estudio. En cuanto a las variables sociodemográficas observamos como los adolescentes de menor edad informaron de menor revelación ($r = ,24, p \leq ,01$). En cuanto a las variables médicas observamos que un mayor tiempo de diagnóstico se asoció con mayor revelación de comunicación por parte de los adolescentes a la familia ($r = ,24, p \leq ,05$). Por otra parte, un mayor número de ingresos hospitalarios se asoció con más síntomas ansiosos ($r = ,24, p \leq ,01$) depresivos ($r = ,36, p \leq ,001$) y mayor malestar emocional general ($r = ,34, p \leq ,001$). Por último, el tiempo desde el diagnóstico, el tiempo en tratamiento médico y la altura del adolescente (medida en centímetros y mediante el percentil), no se relacionaron de manera significativa con el ajuste psicológico ni familiar. Los adolescentes que mostraron menor sintomatología emocional informaron de mayor afecto, comunicación, promoción de la autonomía, revelación y humor parental y un menor control psicológico (Tabla 3).

Modelos de predicción de la sintomatología emocional

Se evaluó el poder predictivo de las variables objeto de estudio mediante tres modelos de regresión jerárquica (MRJ) donde las variables criterio fueron la sintomatología ansiosa, la depresiva y el malestar emocional. Las variables predictoras variaron en función de los resultados anteriores, basándonos en las correlaciones de Pearson. Los modelos contaron con dos pasos, en primer lugar, se incluyó el número de hospitalizaciones previas y en segundo lugar las variables familiares. El modelo de predicción de los síntomas ansiosos, mostró que un mayor número de hospitalizaciones una menor promoción de autonomía y un mayor control conductual predijeron en un 17% la varianza de la ansiedad. Por su parte, en cuanto a los síntomas depresivos, un mayor número de ingresos hospitalarios y una menor promoción de la autonomía predijeron en un 29% la varianza de la depresión. Por último, más ingresos hospitalarios, menos promoción de la autonomía y menos control psicológico predijeron en un 32% la varianza del malestar emocional (Tabla 4).

Discusión

Si la llegada de la adolescencia ya puede suponer un reto para el entorno familiar (Lo Cascio et al., 2013), la presencia de una enfermedad o condición crónica en el adolescente que requiere un seguimiento médico continuado aumenta el desajuste emocional del adolescente y de la familia (Lacomba-Trejo et al., 2020; Wang et al., 2020). La mayoría de las investigaciones realizadas hasta la fecha se centran en el impacto emocional de otras condiciones crónicas y no inciden en la importancia de los estilos familiares en el ajuste emocional. Es por ello por lo que, el objetivo de la presente investigación fue evaluar la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, así como valorar los estilos parentales percibidos por adolescentes con TB.

En cuanto a la primera hipótesis planteada (H1), observamos como un gran número de adolescentes (32,40%) mostró síntomas ansiosos, no obstante, fueron pocos (2,40%) los que evidenciaron síntomas depresivos. Esto va en la línea de los estudios que muestran que es más frecuente la aparición de clínica ansiosa que depresiva en adolescentes con condiciones crónicas (Lacomba-Trejo et al., 2018; Qualter et al., 2020). En referencia a la segunda hipótesis (H2), nuestros datos fueron

contrarios a lo esperado, observando cómo los adolescentes con TB informaron de estilos familiares saludables. Estos datos ayudan a comprender las discrepancias entre los estudios que encuentran diversidad de resultados (Bullinger et al., 2009; Casaña-Granell et al., 2021a), y pueden deberse a las características de la muestra. Todos los adolescentes provenían de hospitales de referencia de la Comunidad Valenciana. Además, los criterios de inclusión fueron estrictos, por lo que es posible que en nuestro estudio no hayamos podido recoger por completo la complejidad y diversidad familiar.

En referencia a la hipótesis tres (H3), nuestros resultados fueron en la línea de lo esperado, así, aquellos adolescentes que informaron de estilos parentales poco saludables marcados por la falta de afecto, de comunicación, de promoción de la autonomía y de positividad o humor en casa, y el uso del control psicológico o de estrategias de chantaje emocional, mostraron mayor afectación emocional en forma de síntomas ansiosos y depresivos. Estos resultados van en la línea de estudios anteriores que evidenciaban que los factores familiares son determinantes en el ajuste de los adolescentes a una condición crónica (Casaña-Granell et al., 2021a; Quitmann et al., 2016; Toledano-Toledano et al., 2021; Torralba-García et al., 2021). Así, los datos evidencian la importancia de atender a los aspectos familiares de los adolescentes para llegar a una mayor comprensión de los factores de riesgo y protección ante la enfermedad (Torralba-García et al., 2021). El ajuste psicológico puede determinar el ajuste físico a la enfermedad, por lo que puede influir en el curso de la enfermedad (Shin et al., 2021).

En cuanto a la hipótesis cuatro (H4), observamos que las chicas no mostraron más síntomas emocionales que los chicos, y además evidenciaron una comunicación más fluida con su familia, lo que va parcialmente en la línea de lo que esperábamos (Stearns & McKinney, 2021; Valero-Moreno, 2020). Estos datos pueden deberse a que socialmente se educa a las chicas a comunicar de forma más abierta y recurrente, por lo que podrían estar respondiendo a una cuestión educacional. Por otra parte, en cuanto a la H5, observamos que los adolescentes de menor edad informaron de estilos parentales menos saludables, aunque no mostraron más síntomas emocionales, aspecto que fue en contra de los resultados planteados en la literatura anteriormente (Valero-Moreno, 2020). En referencia a la H6 resulta especialmente interesante destacar cómo una mayor desviación típica en la altura del adolescente, no se asoció con la presencia de síntomas emocionales, en contra a lo que se esperaba (Bai et al., 2016).

Añadido a lo anterior (H7), tampoco un mayor tiempo de diagnóstico o tratamiento se asoció con un mayor ajuste emocional (Geisler et al., 2012; Silva et al., 2018). No obstante (H8), una mayor cantidad de hospitalizaciones se relacionó de manera consistente con más síntomas ansiosos, depresivos y más malestar emocional, ya que las hospitalizaciones son una fuente de gran estrés para los adolescentes y las familias (Carrión-Plaza, 2021). Así, el hecho de que generalmente no se cuente con unidades de hospitalización específicas de adolescentes, puede agravar los sentimientos de incompreensión y la incomodidad, al ser frecuente la sensación de extrañeza tanto en las unidades de hospitalización pediátrica como en las unidades de hospitalización de personas adultas (de Almeida et al., 2005; Ullán et al., 2010).

Por último, en cuanto a la H9, nuestros datos van parcialmente en la línea de lo esperado (Bai et al., 2016; Carrion-Plaza et al., 2020; Geisler et al., 2012; Silva et al., 2018; Stearns & McKinney, 2021), pues observamos como únicamente el número de hospitalizaciones y los estilos familiares no saludables predijeron los síntomas ansiosos, depresivos y el malestar emocional.

A pesar de las potencialidades de nuestro estudio, nuestra investigación cuenta con un número reducido de adolescentes con TB, no obstante, es frecuente encontrar muestras reducidas en investigaciones en ámbitos hospitalarios pediátricos. Ahora bien, el aumento de participantes del estudio podría mejorar los valores de fiabilidad de los instrumentos. Por otra parte, aunque la presencia de pubertad precoz es muy habitual en adolescentes con TB (Zayed et al., 2016), nuestro trabajo no utilizó la escala de Tarnner para evaluar el desarrollo puberal de estos adolescentes, no obstante, futuros estudios deberían tener en cuenta este aspecto para valorar las posibles diferencias en el impacto emocional en función del estadio de Tarnner. Además, futuras investigaciones deberán tener en cuenta adolescentes de diferentes centros de referencia españoles y comparar los resultados con otras condiciones crónicas propias de la etapa infantojuvenil, así como tener en cuenta múltiples informadores, para reducir los sesgos asociados a los autoinformes.

Nuestros resultados indican que las variables familiares son determinantes en el ajuste psicológico de los adolescentes con TB. Un entorno familiar cálido, optimista y relajado es importante para que los adolescentes con TB, puedan encontrar apoyo de sus familias; puedan comunicar sus necesidades y así puedan ser respondidas, para ayudarles a superar las desventajas sociales que pueden experimentar debido a su altura. Del mismo modo, es necesario atender emocionalmente a estos adolescentes especialmente ante los ingresos hospitalarios. Por todo ello, concluimos que padecer una condición crónica como la TB puede impactar significativamente en el bienestar emocional durante la adolescencia. Sin embargo, los entornos y dinámicas familiares positivos pueden ayudar a estos adolescentes a adaptarse psicológicamente, observándose como los estilos familiares positivos protegen ante la sintomatología emocional, y son más relevantes en este sentido en el ajuste psicológico que el género, la edad, la altura y el tiempo de diagnóstico y tratamiento. Sería interesante desarrollar programas de intervención diseñados para mejorar el bienestar individual y familiar a través de intervenciones dirigidas a las familias para mejorar su salud física y mental, dotándolas de recursos especialmente para los momentos de hospitalización.

Financiación

Laura Lacomba-Trejo es beneficiaria de la Ayuda de formación de personal investigador predoctoral "Atracció de Talent" de la Universidad de València (0113/2018).

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Bai, B. yu, Liu, X. xiao, Shang, S. jie, Zhong, N., & Zhang, Q. peng. (2016). Body shortness lowers belief in a just world: The mediating role of life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 101*, 366–370. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.027>
- Bullinger, M., Koltowska-Häggström, M., Sandberg, D., Chaplin, J., Wollmann, H., Noeker, M., & Brütt, A. L. (2009). Health-related quality of life of children and adolescents with growth hormone deficiency or idiopathic short stature - Part 2: Available results and future directions. *Hormone Research, 72*(2), 74–81. <https://doi.org/10.1159/000232159>
- Carrascosa, A., Fernández Longás, A., Gracia Bouthelie, R., López Siguero, J. P., Pombo Arias, M., & Yturriaga, R. (2011). Talla baja idiopática. Revisión y puesta al día. *Anales de Pediatría, 75*(3), 204.e1-204.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.05.007>
- Carrión-Plaza, A. (2021). *Cáncer infantil y nuevas tecnologías: Desarrollo e implementación de la aplicación HABITAPP para pacientes y cuidadores* [University of Valencia]. <https://roderic.uv.es/handle/10550/78000>
- Carrion-Plaza, A., Jaen, J., & Montoya-Castilla, I. (2020). HabitApp: New Play Technologies in Pediatric Cancer to Improve the Psychosocial State of Patients and Caregivers. *Frontiers in Psychology, 11*, 157. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00157>
- Casaña-Granell, S. (2019). *Talla baja: factores psicosociales y de adaptación del paciente pediátrico y su familia* [Universitat de València]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=255831&info=resumen&idioma=SPA>
- Casaña-Granell, S., Lacomba-Trejo, L., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2021a). Adolescence and short stature : factors in adjustment to the diagnosis. *Quality of Life Research, February*. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02798-1>
- Casaña-Granell, S., Lacomba-Trejo, L., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2021b). Factors associated with stress when caring for a child with a short stature. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01323-w>
- Ceñal González-Fierro, M. J. (2009). Dilemas diagnósticos y terapéuticos en talla baja. *Pediatría Atención Primaria, 11*, 155–172. <https://doi.org/10.4321/s1139-76322009000600004>
- Chueca, M. J., Berrade, S., & Oyarzábal, M. (2008). Talla baja y enfermedades raras. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 31*(SUPPL. 2), 31–53. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272008000400004>
- Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences Second Edition* (Second Edi). Lawrence Earlbaum Associates.
- de Almeida, I. S., do R.D. Rodrigues, B. M., & Faria, S. M. (2005). Unveiling the daily experience of the hospitalized adolescent. *Revista brasileira de enfermagem, 58*(2), 147–151. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672005000200003>
- Diago, J. I., Carrascosa, A., Del Valle, C. J., Ferrández, A., Gracia, R., & Pombo, M. (2006). Idiopathic short stature: Definition and treatment. *Anales de Pediatría, 64*(4), 360–364. <https://doi.org/10.1157/13086525>
- Geisler, A., Lass, N., Reinsch, N., Uysal, Y., Singer, V., Ravens-Sieberer, U., & Reinehr, T. (2012). Quality of Life in Children and Adolescents with Growth Hormone Deficiency: Association with Growth Hormone Treatment. *Hormone Research in Paediatrics, 78*(2), 94–99. <https://doi.org/10.1159/000341151>
- Kranzler, J. H., Rosenbloom, A. L., Proctor, B., Diamond, F. B., & Watson, M. (2000). Is short stature a handicap? A comparison of the psychosocial functioning of referred and nonreferred children with normal short stature and children with normal stature. *Journal of Pediatrics, 136*(1), 96–102. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(00\)90057-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(00)90057-X)

- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Casaña-Granell, S., Pérez-Marín, M., & Montoya-Castilla, I. (2018). Chronic pediatric disease: A comparative study of anxiety, depression and self-esteem levels Enfermedad crónica pediátrica: estudio comparativo de los niveles de ansiedad, depresión y autoestima. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5, 48–53. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.3.7>
- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2020). Psychosocial Factors and Chronic Illness as Predictors for Anxiety and Depression in Adolescence. *Frontiers in Psychology*, 11, 568941. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.568941>
- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2021). Predicting health-related quality of life in Spanish adolescents with allergic rhinoconjunctivitis and bronchial asthma. *Psychology, Health & Medicine*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548506.2021.1904514?journalCode=cphm20>
- Lo Cascio, V., Guzzo, G., Pace, F., & Pace, U. (2013). Anxiety and self-esteem as mediators of the relation between family communication and indecisiveness in adolescence. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 13(2), 135–149. <https://doi.org/10.1007/s10775-013-9243-1>
- Mahakwe, G., Johnson, E., Karlsson, K., & Nilsson, S. (2021). A systematic review of self-report instruments for the measurement of anxiety in hospitalized children with cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–20. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041911>
- Oliva, A., Parra, Á., Sánchez-Queija, I., & López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de psicología*, 23, 49–56. <https://doi.org/https://doi.org/10.6018/analesps>
- Palacios, J., González, M. del M., Hidalgo, M. V., Oliva, A., Antolín, L., Jiménez, L., López, F., Mena, A., Ortega, M., & Pascual, D. M. (2011). *Programa de Salud Mental Infantil* (Junta de Andalucía). <https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/e84541cc-306c-4f01-8d68-19aad05fc57>
- Pérez, M., & Alvarado, C. (2015). Los Estilos Parentales: Su Relación en la Negociación y el Conflicto entre Padres y Adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(2), 1972–1983. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(15\)30017-x](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(15)30017-x)
- Qualter, P., Rouncefield-Swales, A., Bray, L., Blake, L., Allen, S., Probert, C., Crook, K., & Carter, B. (2020). Depression, anxiety, and loneliness among adolescents and young adults with IBD in the UK: the role of disease severity, age of onset, and embarrassment of the condition. *Quality of Life Research*, 30(2), 497–506. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02653-9>
- Quitmann, J. H., Bullinger, M., Sommer, R., Rohenkohl, A. C., & Silva, N. M. B. Da. (2016). Associations between psychological problems and quality of life in pediatric short stature from patients' and parents' perspectives. *PLoS ONE*, 11(4), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153953>
- Shin, D. Y., Jung, K. I., Park, H. Y. L., & Park, C. K. (2021). The effect of anxiety and depression on progression of glaucoma. *Scientific Reports*, 11(1), 1769. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81512-0>
- Silva, N., Bullinger, M., Sommer, R., Rohenkohl, A., Witt, S., & Quitmann, J. (2018). Children's psychosocial functioning and parents' quality of life in paediatric short stature: The mediating role of caregiving stress. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(1), e107–e118. <https://doi.org/10.1002/cpp.2146>
- Stearns, M., & McKinney, C. (2021). Parent-Child Anxiety Symptoms in Emerging Adults: Moderation by Gender and Religiosity. *Journal of Family Issues*, 0192513X2098590. <https://doi.org/10.1177/0192513X20985905>
- Toledano-Toledano, F., Luna, D., Moral de la Rubia, J., Martínez Valverde, S., Bermúdez Morón, C. A., Salazar García, M., & Vasquez Pauca, M. J. (2021). Psychosocial Factors Predicting Resilience in Family Caregivers of Children with Cancer: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 748. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020748>
- Torralba-García, A., Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., & Pérez-Marín, M. (2021). ¿Cuáles son los factores de riesgo y protección para el bienestar de adolescentes con FQ? *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 8(1), 31–39. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7802646>
- Ullán, A. M., González Celador, R., & Manzanera, P. (2010). El cuidado de los adolescentes en los hospitales españoles: Los pacientes invisibles. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(3), 146–152. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2009.12.006>
- Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S., Prado-Gascó, V. J., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2019). Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in adolescent patients with chronic disease. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 117(4). <https://doi.org/10.5546/aap.2019.eng.252>
- Valero-Moreno, S. (2021). *Repercusiones psicológicas de la enfermedad respiratoria crónica pediátrica en los pacientes y en sus cuidadores* [Universidad de Valencia]. <https://roderic.uv.es/handle/10550/77561>
- Valero-Moreno, S., Castillo-Corullón, S., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2020). Primary ciliary dyskinesia and psychological well-being in adolescence. *PLoS ONE*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227888>
- Wang, A., Bai, X., Lou, T., Pang, J., & Tang, S. (2020). Mitigating distress and promoting positive aspects of caring in caregivers of children and adolescents with schizophrenia: Mediation effects of resilience, hope, and social support. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(1), 80–91. <https://doi.org/10.1111/inm.12651>
- Zayed, A. A., Beano, A. M., Haddadin, F. I., Radwan, S. S., Allauzy, S. A., Alkhayyat, M. M., Al-Dahabrah, Z. A., Al-Hasan, Y. G., & Yousef, A. M. F. (2016). Prevalence of short stature, underweight, overweight, and obesity among school children in Jordan. *BMC Public Health*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3687-4>
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6). <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.1983.TB09716.X>