

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"PERCEPCIÓN DE PADRES E HIJOS SOBRE LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES
QUE SE PRESENTAN DURANTE EL PRIMER AÑO LUEGO DEL DIAGNÓSTICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO I."**
TESIS DE GRADO

DANISSA MARIA OLIVA PEREZ
CARNET 11748-10

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, FEBRERO DE 2016
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"PERCEPCIÓN DE PADRES E HIJOS SOBRE LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES
QUE SE PRESENTAN DURANTE EL PRIMER AÑO LUEGO DEL DIAGNÓSTICO DE
DIABETES MELLITUS TIPO I."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
DANISSA MARIA OLIVA PEREZ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, FEBRERO DE 2016
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. ADRIANA ROSALIA DOMINGUEZ FUENTES DE PARRILLA

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Juvenal en Guatemala

Guatemala 27 de Noviembre de 2015

Señores

Miembros del Consejo

Facultad de Humanidades

Presente

Estimados señores, Consejo de Facultad:

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para presentar a su consideración el trabajo de tesis de la estudiante Danissa Maria Oliva Perez, quien se identifica con Carné No. 1174810 con el título: "Alteraciones conductuales en niños y adolescentes entre 8 y 15 años de edad con diagnóstico reciente de Diabetes mellitus tipo 1, que asisten a una clínica privada en la ciudad capital"

He asesorado y revisado el trabajo del estudiante y considero que llena los requerimientos que la Facultad y el Departamento de Psicología establecen en este tipo de investigación. Por lo que solicito se le dé trámite al proceso de revisión.

Sin otro particular

Atentamente,

Dra. Adriana Rosalva Domínguez Fuentes

Código SAS

Dra. Adriana Domínguez de Pernillo
PSICÓLOGA CLÍNICA
COLEGIADO 8141



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 051213-2015

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante DANISSA MARIA OLIVA PEREZ, Carnet 11748-10 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 05539-2015 de fecha 8 de diciembre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"PERCEPCIÓN DE PADRES E HIJOS SOBRE LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES QUE SE PRESENTAN DURANTE EL PRIMER AÑO LUEGO DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO I."

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 23 días del mes de febrero del año 2016.



Irene Ruiz Godoy

MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODÓY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por darme vida y salud para enfrentar cada día, por crear en mí esa vocación de servicio y de amor por las personas que me llevó a escoger el camino de la psicología, porque sé que sin él en mi vida yo no podría realizar mis sueños, por resguardarme a mí y a los míos en todo momento, y por demostrarme su amor por mí a cada momento.

A mi Madre Santísima, La Virgen María:

Por acogerme durante toda mi vida bajo su manto sagrado y ser siempre un ejemplo e inspiración en mi vida y por interceder por mí y por mis sueños siempre.

A mis Padres:

Silvia Maribel Pérez Estrada y Edwin Manolo Oliva de León mis mayores ejemplos de vida, las personas más admirables, y que tengo el honor de llamar mamá y papá. Gracias porque sin ustedes yo no sería la persona que soy, su amor y apoyo incondicional diariamente me acompañan, ¡LOS AMO INFINITAMENTE!, este logro es por y para ustedes.

A mis Hermanos:

Edwin José y Javier José por ser una inspiración para mí día a día de ser mejor persona, ¡Los Amo! Y siempre agradeceré a Dios el tener unos hermanos tan buenos e inteligentes. Espero ser un ejemplo de vida para ustedes dos, y que se conviertan en hombres exitosos y admirables y que su corazón siempre sea amoroso y bondadoso.

A mis Abuelos:

Mis ángeles en el cielo, Mama Lili, Papa Coca y Papa Víctor, tres personas que aunque físicamente ya no se encuentran a mi lado, me llenan de amor y me cuidan todo el tiempo, y a mi ángel en vida Mama Zonia, gracias a los cuatro por ser pilares ejemplares en mi vida. ¡Los Amaré eternamente!

A mi Familia:

Por estar siempre a mi lado en todo momento y ser parte importante de mi vida, a mis tios Lilita, Lesbia, Oscar, Oswaldo, Juan Carlos, Víctor y Maynor y Roberto Antonio todos ustedes son ejemplos en mi vida, todo mi amor y admiración siempre. Los quiero muchísimo. A mis primos, y demás familia, los quiero mucho.

A mi Novio:

Daniel José Sosa Jordán, gracias por todo el amor, comprensión y apoyo incondicional que me brindas desde el primer momento juntos, eres ese complemento perfecto para mi vida, ¡Te Amo para siempre!, eres un compañero excepcional, un hombre ejemplar y una persona muy especial en mi vida.

A mi Hermanas de otras Madres:

Victoria, Mónica, Irma y Greysy, por ser más que amigas, hermanas de corazón y brindarme su sincera e incondicional amistad, espero que siempre podamos compartir esa bella hermandad todas juntas. ¡Las Quiero Muchísimo!

A la Dra. Maya Virgínia Serrano y Clínica Endopedia:

Por su importante colaboración y apoyo para la realización de la presente investigación, gracias por todo.

A mi Asesora de Tesis:

Dra. Adriana Rosalia Domínguez Fuentes de Parrilla, por ser una excelente asesora, profesional y persona admirable, todo mi respeto y mi cariño siempre.

A la Universidad Rafael Landívar de Guatemala

Mi Alma Máter, el lugar donde hoy termino una hermosa etapa en mi vida académica y profesional, siempre estaré orgullosa de pertenecer a la misma, siempre pondré su nombre muy en alto.

DEDICATORIA

El presente estudio está dedicado a todos esos niños y adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1, que día a día se muestran como guerreros ante la vida, su valentía, y coraje son admirables, Dios les bendiga siempre.

A mis padres por su apoyo y amor incondicional a lo largo de mi vida, gracias ustedes hoy soy una mujer luchadora, soñadora y exitosa, Los amo.

A mis hermanos, Edwin y Javier por su amor y compañía durante toda mi vida, los amaré eternamente, y siempre estaré presente en sus vidas.

A la clínica privada Endopedia, que me abrió sus puertas para poder realizar este estudio, y me brindo todo el apoyo que siempre necesite.

Índice

I. Introducción	1
II. Planteamiento del Problema	30
2.1 Objetivo General.....	32
2.2 Objetivos Específicos.....	32
2.3 Variables.....	33
2.4 Definición de Variables.....	33
2.4.1 Definición conceptual de las Variables.....	33
2.4.2 Definición operacional de las Variables.....	34
2.5 Alcances y límites.....	35
2.6 Limitaciones.....	35
2.7 Aportes.....	36
III. Método	37
3.1 Sujetos.....	37
3.2 Instrumento.....	38
3.3 Procedimiento.....	41
3.4 Tipo de investigación y Metodología estadística.....	41
IV. Análisis y Presentación de Resultados	43
V. Discusión de Resultados	61
VI. Conclusiones	65
VII. Recomendaciones	67
VIII. Referencias	70
ANEXOS.....	77

Resumen

La presente investigación fue de tipo cuantitativo descriptivo y transversal con una prueba "t" de student para muestras emparejadas, la cual tuvo como objetivo establecer la relación entre percepción de los padres y los hijos de las alteraciones conductuales que podrían presentarse durante el primer año luego del diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1. La muestra estuvo conformada por 25 familias con pacientes de edades entre 8 a 15 años, de ambos sexos, de nivel socio económico medio y que no tengan más de un año de haber sido diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1; que asisten a control a una clínica privada de Endocrinología Pediátrica en la Z.10 de la Ciudad Capital, misma que se encarga del diagnóstico, tratamiento y control de las patologías. Los sujetos respondieron a una escala creada especialmente para el estudio que contenía indicadores que englobaban los elementos que se quiso estudiar. Se concluyó que en general, la percepción entre padres e hijos acerca de la presencia de alteraciones conductuales durante el primer año luego de recibir el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 es prácticamente la misma, exceptuando en algunos indicadores y cuestionamientos específicos, no existe diferencia estadísticamente significativa para considerar lo contrario. Se recomendó tanto a padres como a hijos intenten tomar una actitud positiva ante la situación que enfrentan, así como se exhortó a los investigadores a seguir estudiando este tema puesto que es innegable que sí se presenta en los pacientes afectados a ésta enfermedad.

I. INTRODUCCIÓN

Es bien conocido que la psicología brinda una enorme cantidad de ramas y posibilidades de estudio y de intervención, los profesionales de la salud mental tienen el deber y la oportunidad no sólo de intervenir sino además de investigar sobre muchas áreas que antes parecían ajenas a esta ciencia. Entre las ramas de estudio y aplicación de la psicología se encuentra la conducta, como uno de los principales temas en esta ciencia, tanto es así que la misma forma parte del ser humano desde el momento de su nacimiento. La conducta humana se direcciona y actúa de maneras que aún los mismos científicos desconocen. Por lo anterior se puede concluir que es un campo de estudio casi infinito en el cual año tras año se descubren nuevos horizontes para conquistar y conocer más sobre la misma.

Los padecimientos físicos en ocasiones pueden afectar de manera positiva o negativa el comportamiento humano. En ese sentido la Diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la niñez. El diagnóstico de diabetes en la niñez y la adolescencia representa un tremendo impacto que involucra tanto a la familia como a la escuela y a la sociedad en general. Plantea verdaderos retos de tipo físico y mental, y es mayor no solo en relación a costos económicos sino por el desconocimiento de la enfermedad y como cualquiera otra condición médica que amenaza la vida, su impacto es profundo no solo desde el punto de vista físico. El paciente y la familia pasa por una especie de duelo o pena a enojo y negación lo cual eventualmente puede afectar la funcionalidad de la familia; en término medio a los niños les toma un año y a los padres entre 9 meses y un año para superarlo, razón por la cual las intervenciones en este periodo inicial siguiendo al diagnóstico son fundamentales para un buen seguimiento y manejo de esta patología tan compleja.

Pocas personas, incluyendo algunos profesionales de la salud, toman en cuenta las alteraciones conductuales que los pacientes, principalmente niños y adolescentes experimentan al ser diagnosticados con dicha enfermedad. En los niños, particularmente estos cambios pueden ser muy notables y extremos, y podría tratarse de cambios conductuales tanto positivos como negativos. Dichos cambios pueden afectar no solo el comportamiento de los pacientes, además su estado anímico en general. Por otro lado involucra a todo el entorno familiar quien la mayoría

de las veces se ve afectado y se ve en la necesidad de hacer cambios drásticos en su vida cotidiana.

El presente estudio describe las alteraciones conductuales que pueden presentarse en pacientes recientemente diagnosticados con Diabetes mellitus tipo 1.

A continuación se presentan algunos estudios realizados a nivel nacional en relación al tema.

Garrido (2013), investigó en Guatemala los niveles de depresión por medio de la prueba CDS, en 25 niños de 8 a 16 años de edad diagnosticados con Diabetes mellitus tipo I que asistían a consulta a una clínica privada de la zona 10, ciudad capital. El nivel socioeconómico de los sujetos fue medio y medio alto. Los resultados indicaron que el 52% del grupo total de sujetos tienen un nivel de depresión dentro del rango bajo (percentil entre 0 y 25). Por otra parte, al dividir el grupo total, por edades (de 8 a 12 años y de 13 a 16 años) se determinó que un 12.5% del grupo de niños de 8 a 12 años se ubicaban en un nivel de depresión bajo un 22.22% del grupo de niños de 13 a 16 años se ubicaban en un nivel de depresión alto. En la misma línea al dividir el grupo total por género, se concluyó que el 22.22% del grupo de hombres se encontraba en un nivel de depresión alto, un 12.5% del grupo de mujeres se encontraba en un nivel de depresión alto, lo que indica que los hombres tienen una leve mayor incidencia de depresión que las mujeres.

Así mismo Quevedo (2011), realizó una investigación para describir los conocimientos, creencias y prácticas de auto cuidado de la salud en pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 1 (DM1) que asisten a consulta externa de Medicina Interna del Hospital Roosevelt de Guatemala en el periodo de abril a mayo de 2011. Incluyó una población de 208 pacientes de ambos sexos mayores de edad con diagnóstico de DM1. Quevedo concluyó que los pacientes sometidos a evaluación creen que la DM1 no se cura y hacen referencia a la situación emocional en la que se encontraban en el momento que se desencadenó la enfermedad, por lo que atribuyen a esa situación ser la causante de la misma. Consideran que es por susto, cóleras, enojos y tristezas que se desarrolla la enfermedad, por otro lado una minoría considera que es una enfermedad hereditaria.

Herrera (2011), en su estudio tomó una muestra integrada por cinco varones y cinco mujeres atendidos en la Consulta Externa del Hospital General San Juan de Dios, utilizando para ello un cuestionario, el cual fue llenado a través de una entrevista a profundidad realizada a cada uno de los pacientes. Se determinó la prevalencia que existe de depresión en pacientes diagnosticados con Diabetes mellitus Tipo 2 que son atendidos en este Hospital, pudiéndose establecer las causas y consecuencias de la incidencia de depresión en estos pacientes, las cuales están altamente relacionadas con factores psicosociales. Como resultado del estudio se consideró a la Diabetes mellitus Tipo 2 como un factor de riesgo adicional para desarrollar problemas psicológicos, determinando que la incidencia de depresión es mayor en personas con este padecimiento que en la población en general, por lo cual se recomienda establecer procedimientos de diagnóstico y atención temprana a fin de mejorar el estado de ánimo y calidad de vida de los pacientes diagnosticados.

Además, Alvarado (2009) en su estudio realizado en la Ciudad Capital de Guatemala tuvo como objetivo determinar si existía una diferencia significativa entre las estrategias de afrontamiento, el rendimiento académico y la autoeficacia utilizada por jóvenes que padecen Diabetes Juvenil (tipo I) y jóvenes que no padecen esta enfermedad. El estudio se realizó con una muestra de 40 sujetos, 20 diabéticos y 20 no diabéticos, en un rango de 12 a 17 años de edad. Se concluyó que no existe diferencia de medias estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento, el rendimiento académico y la autoeficacia utilizada por jóvenes que padecen Diabetes Juvenil (tipo I) y jóvenes que no padecen esta enfermedad.

A continuación se muestran algunos estudios realizados en otros países con relación al tema de la Diabetes Mellitus y sus consecuencias psicológicas

Cortes, López, Reynoso y Vianney (2014) en México y ante la epidemia de sobrepeso y obesidad en los escolares y el riesgo aumentado de desarrollar diabetes tipo 2, propusieron el diabetómetro conductual como una herramienta para poner en contacto a los niños con el grado de exposición a esta enfermedad. El diabetómetro se administra al inicio de una intervención orientada a mejorar los hábitos de alimentación y de actividad física como un modo de motivar el cambio. Consistía en un histograma que representa cuatro categorías de riesgo, cuyas puntuaciones indican riesgo o protección. Dicho instrumento se probó con 57 escolares de entre 9 y 13 años, seleccionados por tener uno o más factores de riesgo familiares o de composición

corporal. Se obtuvo el nivel de riesgo total promedio, así como los valores de los factores de riesgo y de protección. Todos los niños se involucraron en la intervención, observándose una reducción significativa de la cantidad de niños con sobrepeso y obesidad. El diabetómetro mostró ser efectivo para estimar el riesgo de diabetes y calcular las metas de cambio conductual. Este instrumento puede ser adaptado para valorar los riesgos de otras enfermedades.

Ledón en el artículo “Impacto psicosocial de experiencias, significados y respuestas a la enfermedad” publicado en la Habana Cuba (2012), trata algunos de los aspectos que desde los procesos de salud-enfermedad, y basados en los significados construidos a propósito de estos, se relacionan con las respuestas psicológicas más comunes a la diabetes: la comunicación del diagnóstico, el mundo psicológico de la persona con diabetes, los significados subyacentes a éste, el proceso de atención de salud, y los aspectos y momentos críticos en el tratamiento de la enfermedad. La realización de ésta investigación se basó en experiencias de la asistencia y la investigación con personas con DM en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Endocrinología de Cuba (INEN), en integración con literatura nacional y foránea sobre el tema. Proviene de una heterogeneidad de vivencias relacionadas con el tipo de DM (tipo 1, tipo 2, y otros tipos), el tiempo de evolución de la enfermedad, el género (mujeres y varones), el momento del ciclo vital (adultos jóvenes, de mediana edad, adulto mayor), y otros aspectos psico socio culturales y relativos a la estructura social que serán analizados cuando se considere de utilidad. Concluye diciendo que los procesos de salud de personas con diabetes incluyen experiencias con potencial para causar severos impactos psicológicos y sociales, relacionados con los significados, de base psicosociocultural, estructurados a partir de estas vivencias.

Una colaboración entre la Universidad de Alicante y la Fundación para la Diabetes en España (2012), investigó sobre distintos aspectos psicosociales relacionados con el cuidado de la diabetes en la infancia y la adolescencia. El estudio se realizó en el marco de los talleres de fin de semana organizados por la Fundación lo que posibilitó acceder a información de todos los implicados en el cuidado de la diabetes (madres, padres y adolescentes). De este modo, en el estudio participaron 240 padres (147 madres y 93 padres), así como 73 adolescentes que asistían a los seminarios junto a sus padres. Respecto a los resultados obtenidos cabe resaltar en términos generales que, aunque la mayoría de los padres y las madres expresan niveles de bienestar emocional adecuados, aproximadamente un 30% presentan niveles bajos en su estado de ánimo;

en especial, son las madres de los niños más pequeños las que se sienten menos tranquilas. Los adolescentes, en términos generales, expresan sentirse bien física y emocionalmente y gozar de buenas relaciones con amigos, al tiempo que valoran positivamente sus relaciones familiares.

Respecto de la diabetes no parecen tener, en general, problemas importantes de adaptación. Sólo una pequeña proporción reconoce sentir miedo por si la enfermedad empeora. Paralelamente, los padres y madres también perciben la calidad de vida de sus hijos/as en términos adecuados, aunque su visión es algo menos positiva que la de sus hijos/as. Respecto a los posibles conflictos familiares relacionados con las tareas del tratamiento, los padres y madres de adolescentes suelen aludir a las tareas relacionadas con los autocontroles de glucemia y con la alimentación como las que generan más discusiones.

Sarcinelli y Franklin en Venezuela (2010), en una investigación tuvieron como objetivo proponer la creación de un manual psicoeducativo de apoyo a niños de 8 a 13 años recién diagnosticados con DM1 y sus familiares, para promover fortalezas del carácter, emociones positivas y un estilo de vida saludable. El estudio realizado se enmarca en la categoría de proyecto factible, con un diseño no experimental. Se utilizaron tres muestras intencionalmente seleccionadas: especialistas en diabetes, madres y niños recién diagnosticados con DM1. Para obtener la información más pertinente se realizó una amplia consulta bibliográfica y se aplicaron entrevistas semiestructuradas, tanto a los especialistas en diabetes como a un grupo de 13 madres de niños con esta condición procedentes del Servicio de Endocrinología del Hospital J.M de los Ríos. A 13 niños con DM1, entre 8 y 13 años, les fue administrado el cuestionario STAIC en la versión colombiana elaborada por Castrillón y Borrero (2005), con el fin de describir niveles de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. Los resultados derivados de especialistas y madres consultados, señalan que el diagnóstico reciente de diabetes en un niño produce gran preocupación debido a la falta de información adecuada y a la mitificación de la enfermedad por las complicaciones agudas que pudieran presentarse; así como a las exigencias y costo del tratamiento, el cambio de rutinas y la generación de emociones que, se vivencian como negativas. Los resultados del cuestionario STAIC revelan que los niños evaluados presentan mayores niveles de ansiedad-rasgo que de ansiedad-estado, aunque ambas están presentes.

Adicionalmente Rubio, Pérez, Hernández y Blanco en su investigación realizada en Sevilla España (2010), sobre las Diferencias conductuales y emocionales entre grupos de

enfermos crónicos infanto-juveniles indican que la finalidad del estudio fue valorar y comparar la presencia de factores emocionales y conductuales en ciertas enfermedades crónicas infanto-juveniles como el asma, la diabetes y otras patologías alérgicas. La muestra la conformaron 201 pacientes con asma, 30 individuos afectados de diabetes mellitus y 50 más con otras patologías alérgicas. Todos los pacientes completaron una encuesta sociodemográfica y el Cuestionario de Conductas Problemáticas con Asma (CCPA). Los resultados muestran que los niños y adolescentes asmáticos acusan más conductas precipitantes, consecuencias psicológicas, efectos adversos y consecuencias en la vida social y/o laboral que los pacientes afectados de diabetes u otras patologías alérgicas. Del mismo modo los enfermos con diabetes presentan puntuaciones significativamente más elevadas en los factores emocionales precipitantes, conductas de automanejo, respuesta social y consecuencias familiares. Por lo que se llegó a la conclusión de que la presencia de factores psicológicos como adherencia al tratamiento, hábitos de salud, respuesta social, efectos adversos y consecuencias familiares parece estar más condicionada por el elemento cronicidad.

Así mismo en el 2009, Bolaños presenta un caso clínico denominado “Diabetes y trastornos de la conducta alimentaria: “utilización” de la insulina en el libro “Trastornos de la conducta Alimentaria”, Sevilla España, en el cual describe un caso de anorexia nerviosa restrictiva en el que, con el tiempo, se manifiesta una diabetes tipo 1, la cual empeora el curso del trastorno alimentario debido al mal uso de la insulina. En el mismo se explica que antes de comenzar con el tratamiento nutricional, la paciente refiere que tiene bastante tiempo con una sintomatología depresivo-ansiosa moderada. Señala sentir ansiedad al terminar la comida. Muestra menos dificultades que hace un tiempo para conciliar el sueño. Se describe como una persona exigente y perfeccionista que siempre se ha preocupado mucho de la opinión de los demás en su vida personal, siendo una persona bastante insegura, mostrando sentimientos de inferioridad. Describe sentir tristeza, ganas de llorar, apatía y tener que realizar un mayor esfuerzo para motivarse. A todo esto, además, se añade la manipulación de las dosis de insulina prescritas por su endocrinóloga, que comienza a los seis meses de llevar a cabo el tratamiento, coincidiendo con el desorden y el abandono de una correcta alimentación. Por otro lado refiere dificultad en las relaciones sociales. Intenta evitar las comidas con su familia, dado que ellos prestan mucha atención a la paciente. La paciente manifiesta un extremo temor a engordar, mostrándose además muy insatisfecha con su cuerpo, pensando continuamente en el peso y condicionando

su forma de vestir a la percepción de su imagen corporal. Además, la paciente se encuentra más irritable y susceptible y presenta autolesiones el día de la primera entrevista, apreciándose diversas escoriaciones en el antebrazo realizados con un “cutter” las conclusiones de la autora son que la manipulación de las dosis de insulina en la diabetes tipo 1, es llevada a cabo sobre todo por mujeres para conseguir la pérdida de peso deseada, indicando este hecho la presencia de algún trastorno de la conducta alimentaria, aunque en muchos casos de forma leve o moderada. Este uso indebido de la insulina provoca en estas personas un agravamiento de la diabetes de forma acelerada, elevando la mortalidad en dichos casos. Complicaciones como retinopatías o nefropatías aparecen de forma más frecuente, dado el mal control glucémico, además de incrementar el riesgo de muerte que suponen los picos de glucemia que estas personas experimentan. Sus recomendaciones son que, en un paciente con TCA y diabetes tipo 1, es necesario considerar ambas patologías conjuntamente para llevar a cabo un adecuado tratamiento. Por una parte, debe tener un control endocrinológico y por otra, un tratamiento psicológico y nutricional para evitar manipulaciones de la insulina con el objeto de perder peso, así como para lograr un control de las actitudes que pueden elevar las posibilidades de desarrollar graves complicaciones y aumentar la mortalidad en estos pacientes.

Por otro lado Martínez y Torres (2006), en una investigación realizada en México para conocer la relación que tiene el paciente con su familia; las cogniciones y los problemas que enfrentan, El tipo de investigación fue cuantitativa descriptiva aplicaron la prueba MTZ2 a doce padres o madres de jóvenes diabéticos de 10 a 16 años, que asistieron a la consulta con el endocrinólogo junto con el paciente, así como también a quienes acompañaban a sus hijos en la hospitalización. Los resultados muestran que la referencia positiva de la familia acerca de la diabetes ocasiona un buen manejo de su tratamiento. Como conclusión los investigadores determinaron que en la muestra estudiada existía una relación favorable entre el paciente y su familia, así como confianza apoyo familiar y cuidados.

En la revisión de los estudios e investigaciones presentadas con anterioridad, se observa que la necesidad de realizar estudios sobre cambios conductuales en pacientes diabéticos es alta, esto debido a que los médicos no le dan la importancia que tienen estas alteraciones conductuales y no entienden que cuando se trabaja de forma integral paciente, médico y psicólogo es más fácil lograr el control de esta enfermedad. Por otro lado, fue posible constatar

que todos los estudios e investigaciones apuntan a que los pacientes afectados con esta enfermedad, sufren no sólo cambios en sus rutinas alimentarias, y prescripción de medicamentos para mantener controlada la afección, sino además atraviesan por una serie de altibajos emocionales así como por un cambio en sus conductas habituales mismas que han sido motivadas debido al diagnóstico de la Diabetes. Así mismo se pudo concluir que la familia del paciente juega un papel fundamental en las etapas de aceptación y adaptación a la nueva vida del mismo.

Por otro lado se pudo apreciar que la gran mayoría de las personas que padecen de Diabetes suelen entender luego de un tiempo su nuevo estilo de vida y pueden llegar a tener una vida sin mayor dificultad, con plenitud y felicidad.

A continuación se presenta una pequeña reseña teórica sobre temas afines a la investigación sobre alteraciones conductuales en niños y adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1, que engloban términos y conceptos importantes para tomar en cuenta al momento de hablar sobre DM1 y sus consecuencias.

1.1 Conducta

1.1.2 Definición

Piaget (1961) en su libro la formación, símbolo del niño, dice que toda conducta, sea que se trate de un acto desplegado hacia el medio o un acto interiorizado en pensamiento, es siempre adaptativa (o mejor, readaptativa). El sujeto actúa cuando experimenta una necesidad, o sea cuando el equilibrio entre el medio y el organismo está momentáneamente roto, y la conducta, precisamente, tiende a restablecer dicho equilibrio para readaptar al organismo.

Cada conducta supone un aspecto energético y afectivo, y un aspecto estructural o cognoscitivo. En este sentido Piaget se apoya en otras concepciones, con las cuales está a grandes rasgos de acuerdo. Así mismo, para quien mientras los sentimientos asignan un objetivo a la conducta, la inteligencia se limita a proporcionarle los medios, vale decir las estructuras. A esta idea, Piaget agrega que debe tenerse presente que existe también un factor de comprensión de los objetivos y de los medios, que incluso hace modificar continuamente la finalidad de la conducta.

Coincide también con la psicología de la Forma, para quien la conducta supone un ‘campo total’ que abarca al sujeto con los objetos: la dinámica de ese campo son los sentimientos mientras que su estructuración dependerá de las percepciones, la motricidad y la inteligencia. Piaget (1961) agrega a todo ello que ni los sentimientos ni las estructuras dependen únicamente del ‘campo actual’, sino también de toda la historia previa del sujeto activo.

La conducta es un intercambio funcional, y en este sentido no debe confundirse con el intercambio fisiológico. Estos últimos son materiales y suponen una transformación interna de los cuerpos que se enfrentan, como ocurre por ejemplo en la ingesta y digestión de alimentos. Las conductas que estudia la psicología son de orden funcional y operan a distancia cada vez mayor en el espacio (percepción, etc.) y en el tiempo (memoria, etc.), siguiendo trayectorias cada vez más complejas (rodeos, retornos, etc.).

Piaget (1961) utiliza el término conducta para referirse a ciertos comportamientos típicos y significativos del niño, como cuando por ejemplo habla de las conductas de soporte, de la cinta, del bastón y de rodeo, hacia el final del periodo sensorio-motor.

El término conducta, aplicado a las manifestaciones del individuo, tiene siempre la connotación de estar dejando de lado lo más central o principal del ser humano: los fenómenos propiamente psíquicos o mentales. Estos últimos son realmente los fenómenos más importantes, dado que originan la conducta; y si estudiamos únicamente esta última, nos estamos ocupando solo de productos y derivados, pero no del fenómeno central. Etimológicamente la palabra conducta es latina y significa conducida o guiada; es decir, que todas las manifestaciones comprendidas en el término de conducta son acciones conducidas o guiadas por algo que está fuera de las mismas: por la mente.

En la historia del concepto de conducta en psicología, tiene importancia Watson (1913) en su artículo “La psicología desde el punto de vista conductista”, inicia la corriente o escuela llamada Conductismo o Behaviorismo, en el que sostiene que la psicología científica debe estudiar solo las manifestaciones externas (motoras, glandulares y verbales); aquellas que pueden ser sometidas a observación y registro riguroso, tanto como a verificación.

Sin entrar en esta polémica de la prioridad sobre el concepto de conducta en psicología, interesa saber que fue Watson quien promovió una de las escuelas que hicieron tambalear, aún

más, el edificio de la psicología clásica y que —de distintas maneras y con diferentes valores— aportó elementos que conducen a nuevas posibilidades de la psicología.

Watson (1913) en sus investigaciones sobre conducta incluyó todos los fenómenos visibles, objetivamente comprobables o factibles de ser sometidos a registro y verificación y que son, siempre, respuestas o reacciones del organismo a los estímulos que sobre él actúan. Intentó asentar la psicología sobre el modelo de las ciencias naturales, con una sólida base experimental, y por ello presentó una sistemática oposición a dos postulados fundamentales de la psicología clásica: a la introspección, como método científico, y a la conciencia como objeto de la psicología.

En su libro “Principios de Psicología de la Forma” Koffka (1973) denomina conducta a los procesos de la suma de movimientos observables, distinguiéndola del comportamiento y de las vivencias. El comportamiento incluye los procesos que denomina efectivos o reales y para los que se emplean conceptos funcionales, mientras que para los fenómenos o vivencias se utilizan conceptos descriptivos.

1.1.3 Tipos de Conductas

Según Marka (1996) en su libro “Tipos de Personas Problemáticas” existen tres tipos de conducta principales: agresivo, pasivo y asertivo las cuales a continuación se describen.

La persona agresiva

- Trata de satisfacer sus necesidades.
- Le gusta el sentimiento de poder, pero en el fondo sabe que se está aprovechando de los demás.
- Repite constantemente que tiene razón, pero oculta un sentimiento de inseguridad y d duda.
- Suele estar sola, puesto que su conducta aleja a demás; no obstante, nunca admitirá que necesita amigos.
- Suele ser enérgica, pero con frecuencia de una forma destructiva.

- En realidad, no se gusta a sí misma, por lo tanto crea un ambiente negativo a su alrededor.
- Tiene la capacidad de desmoralizar y humillar a los demás
- Se la puede reconocer por su típico lenguaje verbal y corporal

La persona pasiva

- Los demás se aprovechan de ella fácilmente (además, fomenta esta actitud).
- Suele tener sentimientos de inseguridad y de inferioridad, que se refuerzan siempre que entra en contacto con una persona agresiva.
- Está enfadada consigo misma porque sabe que los demás se aprovechan de ella.
- Es una experta en ocultar sus sentimientos.
- Es tímida y reservada cuando está con otras personas.
- No sabe aceptar cumplidos.
- Se agota y no tiene mucha energía ni entusiasmo para nada.
- Su actitud acaba irritando a los demás.
- Absorbe la energía de los demás.
- Se la puede reconocer por su típico lenguaje corporal y verbal.

La persona asertiva

- Se preocupa por sus derechos y por los de los demás.
- Por lo general, acaba consiguiendo sus metas.
- Respeta a los demás, está dispuesta a negociar y a comprometerse cuando lo considera oportuno
- Cumple siempre sus promesas.
- Puede comunicar sus sentimientos de tal modo que, incluso cuando son negativos, no fomenta el resentimiento.
- Se siente en paz consigo misma y con los que la rodean.
- Está preparada para asumir riesgos y si no funciona, acepta que los errores formen parte del proceso de aprendizaje.
- Reconoce sus fracasos y sus éxitos.
- Es entusiasta y motiva a los otros.

- Se siente bien consigo misma y hace sentirse bien a los demás.
- Se la puede reconocer por su típico lenguaje verbal y corporal.

1.1.3 Alteraciones Conductuales

Negación:

.Según la Organización mundial de la Salud (OMS), (2006), la negación: sirve para amortiguar el dolor ante una noticia inesperada, es temporal y se caracteriza por la palabra “no estoy enfermo, no me puede estar pasando esto a mí”. •, Cuando alguien ha sido diagnosticado es probable que evada la realidad ignorando los síntomas de su enfermedad para alimentar la creencia de que se encuentra “sano”; otra conducta incluye el visitar diferentes médicos o realizarse repetidamente pruebas de laboratorio para “comprobar” que el diagnostico anterior es erróneo y no posee enfermedad alguna. A pesar de que la negación es una etapa necesaria puede poner en riesgo la vida del paciente si su duración es larga ya que retrasa el inicio del tratamiento médico requerido y por lo tanto la probabilidad de controlar la enfermedad y los síntomas se reduce.

Dependencia:

Castelló (2012) en su libro “Como superar la dependencia emocional” explica que la dependencia puede definirse como una situación de subordinación a un poder mayor que uno mismo. La dependencia puede producir depresión, ansiedad y sentimientos de falta de libertad, cuando se experimenta una incapacidad para escapar de la situación.

En psicología se habla de dependencia emocional cuando una persona se encuentra inscrita en una relación (a menudo de pareja) y alberga la sensación de no poder salir de ella, aun siendo consciente del dolor y el coste emocional que está pagando debido a la permanencia en dicha relación.

Agresividad:

Chagas (2012), en su artículo científico cita a Winnicott que considera a la agresión desde una perspectiva diferente a como se la definía en las grandes teorías psicoanalíticas de su época. Para Freud (1979 [1920]) a partir de su última teoría de las pulsiones, la agresión se vincula a la pulsión de muerte, innata, dirigida al exterior y al otro o contra sí mismo como autoagresión.

Winnicott (1957) de su libro Escritos de psiquiatría y psicoanálisis no acepta que exista el instinto de muerte innato ni lo equipara al sadismo como un impulso con finalidad destructiva. Postula en cambio a la agresión como una fuerza que es manifestación de vitalidad y la desvincula del concepto de frustración; aclara además que no debe confundirse con el enojo, al que considera agresión *reactiva* y que se origina a causa de una respuesta adversa del ambiente; una intrusión que reprime tempranamente la agresividad-motilidad del niño.

Además Chagas refiere que para Winnicott el odio no es una emoción inicial en el bebé, sino que aparece muy tardíamente e implica poder reconocer al enemigo como otro. El odio se puede considerar como tal cuando hay un yo lo suficientemente integrado como para responsabilizarse de la intención agresiva, lo que se pone en evidencia en las patologías que incluyen problemas de autoestima, en las que se hace manifiesta la dificultad de sentir odio a pesar de la dimensión del daño recibido.

Así mismo Chagas vuelve a mencionar a Winnicott, quien describe que la agresividad constituye una fuerza vital, un potencial que trae el niño al nacer y que podrá expresarse si el entorno lo facilita, sosteniéndolo adecuadamente. Cuando esto no sucede el niño reaccionará con sumisión, teniendo dificultad para defenderse, o con una agresividad destructiva y antisocial.

Conducta Alimentaria:

Gómez (2011) en un artículo científico denominado Conducta Alimentaria, Hábitos Alimentarios y Puericultura de la Alimentación argumenta que cuando se habla de conducta

alimentaria se está refiriendo, según la definición dada por Osorio y colaboradores, al comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos, advirtiendo al respecto que en forma general los patrones alimentarios se forman y se aprenden, mas no se heredan, mediante un proceso que ocurre como ya se mencionó en los primeros años de vida. Además menciona que el desarrollo de la conducta alimentaria, de sus trastornos y del estado nutricional no puede ser entendido en forma aislada del entorno sociocultural y económico, ni enfrentarse de la misma forma en las distintas sociedades y culturas, pues existen grandes particularidades derivadas de cada uno de estos factores. Dado que el medio ambiente, los padres y los niños están en interacción recíproca y permanente, la alteración de una de las partes afecta a las otras, explicando así la adquisición de trastornos en el desarrollo. En estas condiciones, la consideración de todos los factores orgánicos, psicológicos y sociales relevantes reduce el énfasis en la dicotomía clásica entre trastornos orgánicos y no orgánicos, posición que debe llevar a mirar el fracaso en la alimentación y en el crecimiento desde un punto de vista integral del desarrollo.

Aislamiento

Freud (1961) en su teoría sobre los mecanismos de defensa define que el aislamiento afectivo es una conducta de repliegue donde el individuo se aleja del contacto interpersonal, replegándose sobre sí mismo y distanciándose física y emocionalmente de sus relaciones. La Psicología del Yo considera el aislamiento como un mecanismo de defensa cuando la persona se aparta del sentimiento asociado a una idea (por ejemplo tras una violación) pero puede recordar y contar el suceso con detalle.

Por otro lado los mecanismos de defensas, explican aislar un pensamiento o un comportamiento en el cual se rompen sus conexiones con otros pensamientos o con el resto de la existencia del sujeto. El texto más explícito de Freud sobre el aislamiento se encuentra en Inhibición, síntoma y angustia (Hemmung, Symptom und Angst, 1926), donde se describe como una técnica especial de la neurosis obsesiva.

Actitud:

Aigner (2005), en la compilación denominada “Técnicas de medición por medio de escalas” refiere que en términos operativos, en la investigación aplicada en Ciencias Sociales, generalmente se acepta que una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada” (Milton Rokeach¹). Las actitudes lógicamente son constructos hipotéticos (son inferidos pero no objetivamente observables)², son manifestaciones de la experiencia consciente, informes de la conducta verbal, de la conducta diaria, etc...

Además Aigner cita a Katz (1984) el cual explica la relación entre actitud y conducta manifiesta. Si bien la conducta relacionada con la actitud tiene otros determinantes además de los de la actitud en sí, también es verdad que en sí mismas algunas actitudes tienen más que otras de lo que Cartwright (1949) denomina estructura de acción.

Características de las Actitudes

El autor además ofrece una panorámica del concepto general de actitud, en las cuales cita a los autores originales del concepto de actitud y se basa en dichas citas para realizar algunas conclusiones finales sobre el concepto de actitud.

1. Dirección: positiva o negativa; favorable o desfavorable

2. Intensidad: alta o baja

- Thomas y Znaniecki (1918) citado por Aigner (2005) habla de actitud como una tendencia a la acción.

- Thurstone (1928) citado por Aigner (2005) refiere que es la suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones acerca de un determinado asunto.
- Chein (1948) es una disposición a evaluar de determinada manera ciertos objetos, acciones y situaciones.

- Krech y Krutchfield (1948) citado por Aigner (2005) concluye que es un sistema estable de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos, emociones y tendencias de acción favorables o desfavorables respecto a objetos sociales.

- Newcomb (1959) citado por Aigner(2005) se refiere al concepto como una forma de ver algo con agrado o desagrado.
- Sarnoff (1960) citado por Aigner(2005) describe que actitud es una disposición a reaccionar de forma favorable o desfavorable.

1.3 Terapia Cognitivo Conductual

Para la Asociación Británica de psicoterapias cognitivas y del comportamiento BABCP 2005 por sus siglas en inglés, la terapia cognitivo conductual (TCC) es un tipo de tratamiento psicoterapéutico que ayuda a los pacientes a comprender que los pensamientos y sentimientos influyen en el comportamiento. La TCC se utiliza comúnmente para tratar una amplia gama de trastornos, incluyendo fobias, adicción, depresión y ansiedad. Es una terapia generalmente a corto plazo y se centra en ayudar a los pacientes a hacer frente a un problema muy específico. Durante el curso del tratamiento, las personas aprenden a cómo identificar y cambiar los patrones de pensamiento destructivos o perturbadores que tienen una influencia negativa en el comportamiento.

1.3.1 Fundamentos de Terapia Cognitivo Conductual

La base detrás de la TCC es que los pensamientos y sentimientos juegan un papel fundamental en el comportamiento. El objetivo de la terapia cognitivo-conductual es enseñar a los pacientes que, si bien no se pueden controlar todos los aspectos del mundo que les rodea, pueden tomar el control de cómo interpretar y manejar las cosas en su entorno. Se ha demostrado que la TCC ayuda a los pacientes a superar eficazmente una amplia variedad de conductas inadaptadas.

1.3.2 Tipos de Terapia Cognitivo-Conductual: Según la BABCP 2005, hay un número de diferentes enfoques de la TCC que son regularmente utilizados por los profesionales de salud mental. Estos tipos son:

- 1) Terapia Racional Emotiva.
- 2) Terapia Cognitiva.
- 3) Terapia Multimodal.

1.3.3 Componentes de la Terapia Cognitivo-Conductual:

Las personas a menudo experimentan pensamientos o sentimientos que refuerzan o agravan las creencias erróneas. Estas creencias pueden dar lugar a comportamientos problemáticos que pueden afectar a numerosos aspectos de su vida, incluyendo la familia, las relaciones amorosas, el trabajo y los estudios académicos.

Así, una persona que sufre de baja autoestima puede experimentar pensamientos negativos acerca de sus propias habilidades o apariencia. Como resultado de estos patrones de pensamiento negativo, la persona puede empezar a evitar situaciones sociales o dejar pasar oportunidades de ascenso en el trabajo o en la escuela. Para combatir estos pensamientos y comportamientos destructivos, un terapeuta cognitivo-conductual comienza por ayudar al paciente a identificar las creencias problemáticas. Esta etapa, conocida como análisis funcional, es importante para aprender cómo los pensamientos, sentimientos y situaciones pueden contribuir a comportamientos desadaptativos.

La segunda parte de la terapia cognitivo-conductual se centra en los comportamientos reales que están contribuyendo al problema. El paciente comienza a aprender y practicar nuevas habilidades que pueden ser puestas en práctica en situaciones del mundo real. Por ejemplo, una persona que sufre de adicción a las drogas podría empezar a practicar nuevas habilidades de afrontamiento y ensayar formas de evitar o hacer frente a situaciones sociales que pueden desencadenar una recaída.

En la mayoría de los casos, la TCC es un proceso gradual que ayuda a una persona a tomar pasos graduales hacia un cambio de comportamiento. Alguien que sufre de ansiedad social puede comenzar simplemente imaginándose en una situación social que provoca ansiedad. A continuación, el paciente puede empezar a practicar conversaciones con amigos, familiares y conocidos. Progresivamente se busca un objetivo más amplio, las situaciones cada vez parecen menos intimidantes y las metas fáciles de alcanzar. BABCP 2005

1.3.4 Usos de la Terapia Cognitivo-Conductual:

Para la BABCP 2005, esta terapia se utiliza para tratar a personas que sufren de una amplia gama de trastornos, incluyendo la ansiedad, fobias, depresión y adicción. La TCC es

uno de los tipos más investigados de la terapia, en parte porque el tratamiento se centra en un objetivo muy específico y los resultados se pueden medir con relativa facilidad.

La terapia cognitiva conductual es a menudo la más adecuada para los pacientes que se sienten cómodos con la introspección. A fin de que la TCC sea efectiva, la persona debe estar dispuesta a dedicar tiempo y esfuerzo en analizar sus pensamientos y sentimientos. Este auto-análisis puede ser difícil, pero es una gran manera de aprender cómo el comportamiento interno de la mente influye en la vida real.

La terapia cognitiva conductual es también muy adecuada para personas que buscan una opción de tratamiento a corto plazo que no necesariamente implica medicación farmacológica. Uno de los mayores beneficios de la terapia cognitivo-conductual es que ayuda a los pacientes a desarrollar habilidades de afrontamiento que pueden ser útiles tanto en la actualidad como en el futuro.

1.3.5 Críticas a la Terapia Cognitivo-conductual:

Inicialmente, algunos pacientes sugieren que, si bien reconocen que ciertos pensamientos no son racionales y sanos, simplemente tomando conciencia de estos pensamientos no significa que sea fácil dejar de tenerlos.

Es importante tener en cuenta que la TCC no sólo implica la identificación de estos patrones de pensamiento, sino que se centra en el uso de una amplia gama de estrategias para ayudar a los pacientes a superar estos pensamientos. Tales estrategias pueden incluir escribir un diario, juegos de roles, técnicas de relajación y distracciones mentales BABCP 2005

1.3.6 Utilidad de la Terapia Cognitivo-Conductual en Pacientes Diabéticos:

Van der Ven, Weinger, y Snoek (2007) en el artículo “Terapia cognitivo-conductual: cómo mejorar el autocontrol de la diabetes” mencionan que las personas afectadas por Diabetes Mellitus enfrentan día a día el reto de manejar las dificultades para el autocontrol de la enfermedad a pesar de una genuina intención por lograrlo. La mayoría cae a diario bajo el peso del convencimiento de que a pesar del esfuerzo seguirán habiendo complicaciones. Resulta difícil para la mayoría de los pacientes diabéticos afrontar el reto de desarrollar una serie de tareas de autocuidado día a día sin comprometer un estilo de vida flexible y normal, además de lo exigente del régimen del tratamiento, que a menudo interfiere con la vida diaria, muchas personas con diabetes encuentran que esforzarse no siempre les compensa. La

situación es aún más complicada cuando el paciente es un niño o adolescente sin las necesarias motivaciones, conocimientos ni preocupaciones que la enfermedad provoca en los adultos ya conscientes de la necesidad de aprender a convivir con la misma, no sólo a hacerse responsables de su tratamiento sino también a reconocer y eventualmente manejar las posibles complicaciones. La terapia cognitivo conductual constituye una valiosa herramienta para ayudar a renovar la confianza en la propia capacidad para lograr el autocontrol y desechar los sentimientos negativos que limitan el tratamiento.

Algunas personas con diabetes encuentran más difícil que otras vivir con su afección y controlarla activamente. Estas diferencias individuales podrían ser debidas a barreras personales así como circunstanciales. Saber qué es la diabetes y cómo controlarla es, por supuesto, esencial para un autocontrol eficaz. No es, sin embargo, garantía de éxito, especialmente cuando se trata de niños o adolescentes que dependen aún de los cuidados de sus padres y son estos principalmente quienes se ocupan de los controles y manejo. Por otro lado, que alguien aumente sus conocimientos sobre diabetes no necesariamente se traduce automáticamente en una mejoría en el manejo de la enfermedad. Los cambios conductuales necesarios para asegurar un autocontrol óptimo de la diabetes parecen, en gran medida, estar determinados por los sentimientos que tienen las personas en torno a su diabetes, a su tratamiento y sobre sí mismas.

Además Van der Ven Weinger y Snoek (200) comentan que personas con diabetes necesitan creer que los resultados del tratamiento, es decir, un control glucémico aceptable que conlleve un menor riesgo de desarrollo de complicaciones diabéticas, merecen la pena. Tienen que confiar en que son capaces de adoptar los comportamientos adecuados para combatir su afección y que sus esfuerzos les beneficiarán. Los trastornos psicológicos (tales como trastornos alimentarios, y depresión) son un problema importante, pero afortunadamente representan un obstáculo considerable tan sólo para unas pocas personas con diabetes tipo 2, no así para pacientes niños o adolescentes con Diabetes tipo 1 que inevitablemente necesitarán controles de glucosa sanguínea y administración de insulina a través del uso permanente de agujas que, como es de esperar, causan gran carga de tensión y rechazo.

Puesto que la diabetes es una enfermedad que demanda tanta atención, tanto para los pacientes como para sus familiares, no es raro encontrar un número importante de pacientes que fracasan de manera repetida para mantenerla enfermedad bajo control. Este "fracaso" puede desencadenar sentimientos negativos de culpa, frustración, rabia y desesperanza, generándose una actitud pesimista hacia la diabetes y hacia sí mismos, lo cual puede provocar una tendencia a "abandonarse" en vez de a renovar esfuerzos. Esto refuerza un ciclo negativo de sucesos que pueden conducir al final a un estado de agotamiento emocional, definido por Polonsky (2000) como diabetes burnout (síndrome de "estar quemado").

Una manera de tratar el problema sería intentar evitar tener sentimientos negativos, intentando no pensar demasiado acerca del tema. Está claro que esta solución no ayuda, ya que las personas con diabetes siempre se verán confrontadas por su afección, especialmente a largo plazo. La negación no es una opción aceptable. Una manera más aceptable de manejar las emociones y los comportamientos no deseables es la que encontramos en la Terapia cognitivo-conductual, o TCC. La negación no es una opción aceptable para las personas con diabetes.

1.2 Diabetes Mellitus

1.3.1 Definición

Según la OMS (2014), La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.

Para la Asociación Americana de Diabetes (2003), la diabetes es una enfermedad causada por la falta de insulina en el cuerpo y por la pérdida de la habilidad de las células

para utilizarla. Esta hormona es secretada por las células beta del páncreas y es la más importante para regular los niveles de azúcar. Normalmente, el cuerpo descompone los alimentos en azúcar y la envía a la sangre. La función de la insulina es pasar el azúcar en la sangre hacia las células, para ser usada como energía. La insulina ayuda a mantener el azúcar en la sangre en niveles normales.

1.2.2 Etiología

Garrido (2013) en su Investigación cita a la Asociación Americana de Diabetes (2006) que refiere que después de comer, el alimento se transforma en glucosa (azúcar), que la sangre transporta hasta las células del cuerpo. La insulina es una hormona que produce el páncreas. Esta, transporta la glucosa de la sangre a las células del cuerpo en donde se le utiliza para generar energía. Cuando la cantidad de insulina no es suficiente, la glucosa permanece en la sangre y hace que se eleven los niveles de glucosa. En el caso de la Diabetes Mellitus tipo 1, el páncreas deja de producir la insulina. Sin insulina, el nivel de glucosa en las sangre se eleva y supera los niveles normales.

- La Diabetes Mellitus tipo 1 afecta a alrededor de 1 millón de personas en Estados Unidos
- Normalmente se diagnostica en la juventud pero puede presentarse cualquier edad
- Es mucho menos común que la diabetes tipo 2.
- Dentro de las causas de la diabetes se han mencionado factores de tipo emocional como estrés o angustia por alguna situación excitante o traumante para el ser humano así como infecciones de todo tipo, embarazo complicado, obesidad y enfermedades del hígado, del páncreas o algunas glándulas como la hipófisis, la tiroides, y las glándulas suprarrenales.

1.2.3 Consecuencias Físicas

La Asociación Americana de Diabetes (2013) describe que la diabetes es una enfermedad que debe ser tratada con especial cuidado, pues sus consecuencias son peligrosas.

Algunas consecuencias son:

- Ataque al corazón.
- Accidentes cerebro vasculares.
- Fallo renal, que puede requerir diálisis o trasplante de riñón.
- Pérdida de la visión.
- Amputación de miembros inferiores.
- Daño a los nervios.
- Malformaciones y mortalidad fetal, las cuales son mayores en los hijos de
- madres diabéticas.
- La esperanza de vida es 15 años más corta que en la población no diabética.

1.2.4 Consecuencias Psicológicas

Así mismo La diabetes no sólo trae consecuencias físicas a quienes se aquejan de ella, sino además afecta su desenvolvimiento cotidiano y su estabilidad emocional y conductual.

- Afecta las relaciones familiares
- Emociones Violentas
- Agresividad
- Estrés
- Depresión
- Aislamiento
- Negación

1.2.5 Tipos de Diabetes

Según la OMS (2014), y la Asociación Americana de Diabetes (2003), existen actualmente tres tipos de diabetes

Diabetes mellitus tipo 1:

La OMS (2014) refiere que se desarrolla cuando el sistema inmune del cuerpo destruye las células beta del páncreas, las cuales son las que producen la insulina.

Usualmente aparece en niños y en adultos menores de 30 años. Se necesitan varias inyecciones de insulina al día para mantener vivo al paciente. Los síntomas de este tipo de diabetes se desarrollan en un período corto de tiempo, aunque la destrucción de las células beta haya iniciado tiempo antes.

Los síntomas son:

- Sentir mucha sed
- Orinar con frecuencia
- Mucha hambre o sentir cansancio
- Pérdida de peso
- Visión borrosa.
- Fatiga extrema.

La diabetes de tipo 1 (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia). Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1, y no se puede prevenir con el conocimiento actual.

Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

Diabetes mellitus tipo 2:

OMS(2014), la describe como la más común de diabetes. Puede progresar durante años antes de hacerse el diagnóstico. Aparece por defectos en la secreción de insulina o porque el cuerpo pierde la habilidad de utilizarla. Este tipo es hereditario y se asocia a obesidad, estilo de vida sedentario, arteriosclerosis e hipertensión. Los síntomas de la diabetes tipo 2 aparecen progresivamente. Cerca del 50% de las personas son asintomáticas. Algunos de los síntomas pueden ser:

- Mucha sed.

- Mucha hambre.
- Frecuencia al orinar, especialmente por la noche.
- Fatiga.
- Visión borrosa.
- Pérdida de peso.
- Náusea.
- Infecciones frecuentes.
- Cicatrización lenta de heridas.

Los factores de riesgo para desarrollar la diabetes tipo 2 son:

- Adultos mayores de 40 años, aunque se han diagnosticado casos en niños y adolescentes.
- Factores hereditarios.
- Poca actividad física.
- Vida sedentaria.
- Sobrepeso.
- Raza (latinos, africanos, asiáticos del sur y del este, hindúes).
- Hipertensión
- Niveles altos de colesterol.
- Fumadores.
- Mujeres que han sufrido diabetes gestacional o han dado a luz a un bebé que pesó más de 9 libras.

La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

Hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.

Diabetes Gestacional:

La OMS (2014) concluye que desarrolla durante el embarazo, cuando el efecto de la insulina es parcialmente bloqueado por una variedad de hormonas producidas por la placenta. Este efecto desaparece al nacer el bebé.

Los factores de riesgo de desarrollar diabetes gestacional son:

- Raza, las mujeres africanas, latinas, hindúes, nativas australianas y asiáticas del sur y del este.
- Factores hereditarios
- Sobrepeso.
- Mayores de 25 años.
- Mujeres que han desarrollado diabetes gestacional en embarazos anteriores.

La diabetes gestacional se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes.

Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, y de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro.

Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas.

1.2.6 Diagnóstico

La Asociación Americana para la Diabetes (2013) menciona varias maneras de diagnosticarla.. Se deben hacer las pruebas en un entorno médico (como el consultorio de su

médico o un laboratorio). Si su médico determina que usted tiene un nivel muy alto de glucosa en la sangre o síntomas clásicos de glucosa alta, además de una prueba positiva, quizá no sea necesario que su médico le haga una segunda.

A1C. La prueba A1C mide su nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos 2 o 3 meses. Las ventajas de recibir un diagnóstico de esta manera es que no tiene que ayunar ni beber nada.

- Se diagnostica diabetes cuando: $A1C \geq 6.5\%$

Glucosa plasmática en ayunas. Esta prueba generalmente se realiza a primera hora en la mañana, antes del desayuno, y mide su nivel de glucosa en la sangre cuando está en ayunas. Ayunar significa no comer ni beber nada (excepto agua) por lo menos 8 horas antes del examen.

- Se diagnostica diabetes cuando: Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl

Prueba de tolerancia a la glucosa oral. Esta es una prueba de dos horas que mide su nivel de glucosa en la sangre antes de beber una bebida dulce especial y

2 horas después de tomarla. Le indica a su médico cómo el cuerpo procesa la glucosa.

- Se diagnostica la Diabetes cuando: Glucosa en la sangre a las 2 horas ≥ 200 mg/dl

Prueba aleatoria (o casual) de glucosa plasmática. Esta prueba es un análisis de sangre en cualquier momento del día cuando tiene síntomas de Diabetes severa.

- Se diagnostica diabetes cuando: Glucosa en la sangre ≥ 200 mg/dl

1.3 Infancia y Adolescencia

1.4.1 Infancia

La United Nations International Children's Emergency Fund, por sus siglas en inglés UNICEF (2005), define que la infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir

el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de esos años.

A pesar de numerosos debates intelectuales sobre la definición de la infancia y sobre las diferencias culturales acerca de lo que se debe ofrecer a los niños y lo que se debe esperar de ellos, siempre ha habido un criterio ampliamente compartido de que la infancia implica un espacio delimitado y seguro, separado de la edad adulta, en el cual los niños y las niñas pueden crecer, jugar y desarrollarse

En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó La Convención sobre los Derechos del Niño.

La Convención es el primer tratado internacional de derechos humanos que combina en un instrumento único una serie de normas universales relativas a la infancia, y el primero en considerar los derechos de la niñez como una exigencia con fuerza jurídica obligatoria.

La Convención:

- Definió la infancia como un espacio separado de la edad adulta y reconoció que lo que resulta apropiado para los adultos puede no ser adecuado para la infancia.
- Exhortó a los gobiernos a que proporcionen asistencia material y apoyo a las familias y eviten la separación de los niños y sus familias.
- Reconoció que los niños y las niñas son titulares de sus propios derechos y por tanto no son receptores pasivos de la caridad, sino protagonistas con la facultad para participar en su propio desarrollo.

1.3.2 Adolescencia

Cruz, Pineda y Martínez, (2002), describen que la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivas. No solamente es un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es difícil establecer límites cronológicos para este período; de acuerdo a los conceptos de la Organización mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: La adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años).

Características de la Adolescencia Temprana:

Los mismos autores, Cruz, Pineda y Martínez, (2002), relatan que esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

Características de la Adolescencia Tardía

Cruz, Pineda y Martínez, (2002), En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil emocional y ocupacional

Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven.

Luego de la anterior compilación de información puede decirse que la Diabetes Mellitus en cualquiera de sus diferentes tipos excepto la gestacional es actualmente una enfermedad crónica sin cura, la cual afecta la producción natural de glucosa en el cuerpo. Además, para que dicha condición pueda ser controlada y tratada de la mejor manera quienes se encuentran afectos a ella deben cambiar su estilo de vida; esto implica: cambio de alimentación, de rutina diaria, ejercicio, entre otros. Por si fuera poco, es una afección que puede traer consecuencias a quienes lo padecen, tanto físicas como psicológicas, entre ellas pueden encontrarse las alteraciones conductuales, la depresión y el estrés. Por último, la Diabetes Mellitus presenta un reto más grande cuando se encuentra en etapas como la

infancia y/o adolescencia puesto que el adecuarse a nuevos estilos de vida podría ser una tarea más complicada, y por lo tanto podría presentar más problemas para adaptarse.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades médicas a menudo suelen traer junto con ellas consecuencias psicológicas que afectan la integridad de las personas, algunas más que otras, sin embargo en muchas ocasiones no se les presta demasiada atención a estas complicaciones, por lo que parecieran pasar a segundo plano dependiendo. En el caso específico de la DMI existen muchos estudios alrededor del mundo que muestran la cantidad de consecuencias psicológicas que trae consigo la enfermedad; cambios de humor, aislamiento, depresión, ansiedad, rebeldía, negatividad, aislamiento, ansiedad y depresión entre otra. Todas estas pueden considerarse como afecciones de tipo emocional/conductual que afectan los diferentes contextos en los cuales se desenvuelven los pacientes.

Actualmente las consecuencias psicológicas más estudiadas por los expertos en salud mental son la depresión y ansiedad en las personas con éste diagnóstico, sin embargo surge interés por indagar sobre otras alteraciones conductuales en personas con diabetes, ya que esta enfermedad requiere un cambio radical no sólo de hábitos físicos sino también emocionales y conductuales. De tal manera que se puede inferir que estos pacientes son propensos a alteraciones conductuales que complican o facilitan aún más su condición.

Aunque no existen suficientes estudios que relacionen de manera directa una respuesta conductual alterada en general, no hay duda de que el padecer Diabetes mellitus genera no sólo reacciones emocionales que se ven reflejadas en todos los contextos en los cuales se desenvuelve el paciente. Y más aún el debut y adaptación en ésta enfermedad puede ser para la mayoría de personas una etapa crítica; los pacientes sienten que han perdido su salud y que no tienen el control total de sus vidas. En el caso de niños y adolescentes el desajuste es más grave ya que, todavía no han tomado el control de su vida, cuando tiene que ajustarla a horarios de tratamiento diario y éste no únicamente se limita a inyectarse la insulina o mantener sus controles de glucosa en orden, sino además esfuerzos físicos, cognoscitivos y conductuales, que probablemente hasta el momento antes del diagnóstico el paciente no poseía.

Cuando se trata de un paciente con DM1 es decir, de inicio temprano, el involucramiento de los padres es inminente, así que sumado a todo lo descrito con anterioridad el paciente pediátrico deberá de atravesar junto con sus padres y familia en general el proceso de aceptación y adaptación.

Otro dato importante es que, debido a que muchos de los pacientes con DM1 son diagnosticados antes de cumplir los 15 años, junto a la enfermedad también atraviesan el inicio y desarrollo de la adolescencia, etapa de cambios físicos y hormonales, donde para algunos es sencilla la transición pero para otros se vuelve una etapa dura de aceptar y asimilar

En la actualidad la cifra de personas con diabetes tipo II viene en aumento a nivel mundial y de acuerdo con el estudio de Díaz en el año 2010 había unos 18 millones de personas afectadas en centro y Sur América con un promedio de 52% de casos en Latino América. En Guatemala, estudios efectuados principalmente en poblaciones del área occidental reportan una porcentaje de 7% de prevalencia y una tasa de incidencia de 4.86 por 10,000 habitantes, asociado a altos porcentajes de obesidad central promedio de 45% típicamente asociado con resistencia a la insulina.

Si bien de acuerdo con su incidencia la DM tipo 1 no puede considerarse como un problema mayor de salud pública como la DM tipo 2, deben tomarse en cuenta no solo las consecuencias de tipo físico que tiene sobre la salud individual, ya de por sí de suma importancia, sino además la carga socioeconómica que impone a las familias, sin olvidar los aspectos psicológicos. Dentro de las alteraciones psíquicas que se presentan durante esta enfermedad, están los de tipo emocional, ansiedad y/o depresión, desórdenes alimentarios que les hacen propensos a episodios de hipo o hiperglicemia, rebeldía, agresividad, aislamiento, bajo rendimiento escolar, baja autoestima, y principalmente en adolescentes, la posibilidad de ideas suicidas, abuso de drogas y alcohol, así como alteraciones en la dinámica e interrelación familiar con la consiguiente posibilidad de conflictos familiares. Pero desde el punto positivo, es importante mencionar que esta enfermedad puede provocar acercamiento y apertura de una buena comunicación con sus familiares, volverlos más responsables por su salud y cuidadosos en sus hábitos alimenticios.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción de padres e hijos sobre las alteraciones conductuales que se presentan durante el primer año luego del diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1?

2.1 Objetivo General:

Establecer la percepción de los padres y los hijos sobre las alteraciones conductuales que podrían presentarse durante el primer año luego del diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar, sobre la base de la información proporcionada por los padres y los hijos, la existencia de alteraciones conductuales dentro del primer año luego del diagnóstico.
- Comprobar si existe diferencia entre la percepción de padre e hijos acerca de si durante el primer año con el diagnóstico de DM1 se presentaron conductas de aislamiento y con qué frecuencia se presentaron éstas alteraciones de conducta.
- Determinar si existe diferencia entre la percepción de padre e hijos acerca de si durante el primer año con el diagnóstico de DM1 se presentaron conductas de dependencia en niños y adolescentes y con qué frecuencia se establecieron éste tipo de conductas, tanto en los padres como en los hijos.
- Establecer si existe diferencia entre la percepción de padres e hijos acerca de si durante el primer año con el diagnóstico de DM1 se presentaron conductas agresivas tanto en niños como en adolescentes y además identificar con qué frecuencia se detectó este tipo de conductas.
- Comprobar si existe diferencia entre la percepción de padres e hijos acerca de si durante el primer año con el diagnóstico de DM1 los jóvenes y niños presentaron conductas de negación ante el diagnóstico y nueva condición, y establecer con qué frecuencia se presentaron éstas alteraciones de conducta.
- Manifestar si existe diferencia entre la percepción de padres e hijos acerca de si durante el primer año con el diagnóstico de DM1 los jóvenes y los niños presentaron una actitud positiva o negativa y con cuanta frecuencia se presentaron.

- Demostrar si existe diferencia entre la percepción de padres e hijos acerca de si durante el primer año con el diagnóstico de DM1 presentaron alteración en la conducta alimentaria y con qué frecuencia se presentaron.
- Determinar con qué frecuencia se presentan las alteraciones conductuales de cada indicador utilizado en éste estudio
- Realizar material informativo y de apoyo emocional que sirva de guía a los padres de los niños y adolescentes con este diagnóstico al momento de ser notificados del mismo, y ayudarles en momentos de crisis durante el transcurso del primer año luego del diagnóstico.

2.3 Variables:

- Alteraciones Conductuales

2.4 Definición de Variables:

2.4.1 Definición Conceptual de las Variables

Alteración

La RAE (2014) describe que alteración hace referencia a un cambio o transformación general de algo o alguien.

Conducta

Según Davini, Gallon y Rossi en su libro “Psicología General” (1980) Las conductas son las acciones del hombre en relación con el medio, manifestándose como una búsqueda de equilibrio; por ellas se integran nuestras necesidades con las posibilidades que nos presenta el medio. Dichas acciones no son siempre visibles desde el exterior sino que se manifiestan de *dos dimensiones*: la exterior y la interior. La dimensión exterior se refiere a las conductas observables, tales como: expresión de júbilo o de rabia. La interior, a las conductas que no se ven, pero que acontecen, tales como las de un sujeto que permanece quieto pero que piensa.

2.4.2 Definición Operacional de las Variables

Alteraciones Conductuales:

En la presente investigación se comprendió como alteraciones conductuales, a aquellas conductas presentadas por los sujetos de estudio, hasta luego de transcurrido un año del diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 1 que se presentaron en aumento o disminución y de manera positiva o negativa.

Así mismo para fines de éste estudio se definieron 6 indicadores para poder medir las alteraciones siendo las siguientes.

- **Aislamiento:** Que para objeto de la investigación se definió como la conducta de no mantener una buena comunicación y confianza con sus padres, familia y/o amigos, así como aislarse de los mismos.
- **Negación:** se reconoció como la conducta de negarse a aceptar la enfermedad, así como la asimilación de la enfermedad durante el primer año con el diagnóstico
- **Dependencia:** Se definió éste indicador de manera especial para poder medir que tan sobreprotegidos se encontraban los pacientes así como que tanta necesidad presentaban los pacientes de depender de sus padres.
- **Agresividad:** Éste indicador reflejó todos aquellos comportamientos de violencia verbal y física que presentaron los niños y adolescentes durante el primer año luego del diagnóstico con otras personas y con ellos mismos.
- **Actitud Positiva/Negativa:** Éste indicador hizo referencia sobre si los niños y adolescentes presentaron éste tipo de conducta en relación a la actitud que tomaron luego al diagnóstico.
- **Conducta Alimentaria:** En cuanto a conducta alimentaria, se comprendió como alteración, el que los niños y adolescentes, comieran cosas a escondidas, realizaran preguntas sobre el estilo de alimentación y disminuyeran u omitieran las dosis de insulina para disminuir de peso o no aumentar de peso

2.5 Alcances y Limites

La presente investigación se realizó en una clínica privada dentro de la ciudad capital de Guatemala, donde únicamente se evaluó a pacientes que fueron diagnosticados en esa clínica, por lo que los resultados que se obtuvieron son el reflejo únicamente de la población que asiste a dicho centro y con las características de los sujetos de éste estudio específicamente, por lo que los resultados obtenidos no deberán generalizarse para toda la población.

Además se proyecta que éste estudio sea de utilidad para los psicólogos, quienes reciban casos de niños y adolescentes afectados con DM1 y que presenten dificultades no sólo para adaptarse a su nueva condición, sino además que atraviesen alguna o algunas de las alteraciones en su conducta posterior al diagnóstico.

Así mismo la presente investigación pretende ser pionera en dicho tema y darle la importancia que se merece, pues actualmente en Guatemala se diagnostican a diario no solo niños sino adultos con esta afección. Se pretende que los resultados de la misma provoquen un mayor interés sobre el tema.

Se recomienda que al leer el presente estudio, los investigadores tomen en cuenta que la intención del estudio era identificar si la percepción entre padres e hijos sobre las alteraciones de conducta en los pacientes pediátricos afectados con DM1, sin embargo aunque si se cumplió el objetivo, la investigación se amplió al momento de reconocer en cuales indicadores existe mayor presencia de alteraciones, por lo que los resultados podrían crear confusión, sin embargo, las explicaciones sustentan los resultados obtenidos.

2.6 Limitaciones

Por otro lado en la actualidad no existe registro alguno a nivel nacional sobre estudios o investigaciones acerca del tema de alteraciones conductuales en niños y adolescentes con diabetes, por lo que no existen antecedentes escritos sobre el tema, y esto representa una limitante para realizar la investigación.

2.7 Aportes

Esta investigación pretendió dejar un estudio que provoque interés a futuros investigadores para indagar más en el tema sobre las consecuencias psicológicas, a las que se enfrentan no sólo los pacientes pediátricos afectados por Diabetes mellitus tipo 1 sino que además todo el entorno en cual se desarrollan, familia, escuela, y contexto general . Así como ayudar a los profesionales de la salud mental a tener una noción más clara sobre dichas consecuencias, especialmente sobre las alteraciones conductuales que podrían presentar los pacientes con DM1.

Por otro aspiró a ser un estudio que aporte a las familias que en un futuro atraviesen por ésta situación, una visión más amplia sobre las dificultades que podrían encontrarse desde luego de ser notificados del diagnóstico hasta un año después del mismo

Producto de esta investigación se realizó un manual informativo y de apoyo emocional para los padres de los pacientes diabéticos, que proporcione estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico. Así como estrategias de manejo de la conducta alterada que se presenten durante el primer año luego del diagnóstico de la enfermedad.

III MÉTODO

3.1Sujetos

La presente investigación se realizó con una muestra de familias de pacientes que asisten a control a una clínica privada de Endocrinología Pediátrica en la Z.10 de la Ciudad Capital, misma que se encarga del diagnóstico, tratamiento y control de las patologías relacionadas con dicha rama de la medicina dentro de las cuales se encuentra la Diabetes mellitus tipo 1.

Se tomó una muestra de 25 familias con pacientes de edades entre 8 a 15 años, de ambos sexos, de nivel socio económico medio y que no tengan más de un año de haber sido diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1. Las cuales tuvieron a fin responder las escalas que contienen las mismas interrogantes para descubrir si existe relación entre la percepción de los padres con la de los niños y adolescentes. El tipo de muestra utilizado para ésta investigación fue un Muestreo Intencional o por Conveniencia Según Hernández, Fernández y Baptista, (2006), este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. También puede ser que el investigador seleccione directa e intencionadamente los individuos de la población. El caso más frecuente de este procedimiento es el utilizar como muestra los individuos a los que se tiene fácil acceso.

Tabla 3.1.1

Descripción de la Muestra

Sujetos	Padres/Madres	Hijos	Total
Cantidad de Sujetos	25	25	50
Porcentaje	50%	50%	100%

De acuerdo a la tabla, se trabajó con 50 sujetos los cuales se dividieron en 25 padres o madres y 25 hijos (niños y adolescentes), siendo que los porcentajes para cada muestra fueron 50% y 50% para un total de 100% de la muestra.

Tabla 3.1.2

Descripción del rango de edades para los niños y adolescentes

Edades	Cantidad de Sujetos
8 años	4
9 años	2
10 años	3
11 años	3
12 años	4
13 años	1
14 años	3
15 años	5
Promedio de Edad	11.64 años

Como se puede observar en la tabla la mayor cantidad de sujetos según el rango de edades es para el de 15 años, seguido por las edades 14 y 8 años, por otro lado el promedio de las edades es de 11.64 años.

3.2 Instrumento

Para éste estudio se diseñaron dos instrumentos; los cuales fueron de autoaplicación (uno por pareja de padres) y uno para niños y adolescentes, que contenía 23 preguntas cada uno. En ambos instrumentos se incluyeron preguntas para cada uno de los 6 indicadores, las cuales se colocaron, la mayoría de manera dispersa dentro de las escalas con el objetivo de no provocar dificultad ni tendencia en las respuestas de ambas muestras. La duración aproximada para resolver los cuestionarios fue de 15 a 20 minutos. Las escalas se utilizaron para determinar si existe relación entre la percepción entre padres e hijos sobre las alteraciones de conducta que se presentaron durante el primer año con el diagnóstico de DM1 e identificar con qué frecuencias se presentaron las mismas.

El instrumento fue elaborado por la investigadora, quien redactó cada uno de los ítems planteados dentro de las escalas de Likert, de acuerdo a los objetivos del presente estudio.

Este instrumento contiene 23 preguntas expuestas en escala de Likert, según Hernández, Fernández y Baptista (2006), Este tipo de escala para medir actitudes fue propuesta por Rensis A. Likert en 1932. Consta de un cuestionario de preguntas con un intervalo ordinal para las respuestas. El sujeto elige su nivel de acuerdo o de desacuerdo (de menor a mayor) con cada una de las frases del cuestionario.

Por último se presentan las puntuaciones y opciones de respuesta para cada cuestionamiento dentro de las escalas, la puntuación máxima que podría obtener un sujeto en las escalas es de 69 puntos y la puntuación mínima sería de 0 puntos, así mismo para cumplir con el objetivo de determinar la frecuencia con la que se presenta cada uno de los indicadores propuestos se establecieron rangos de puntuación representados de la siguiente manera.

Tabla 3.2.1

Descripción de los resultados según el rango de su puntuación en la escala

Puntuación directa en la escala	Resultados según el rango de puntuación
De 0 a 23 puntos	Poco o nada frecuente
De 24 a 46 puntos	Frecuentemente
De 47 a 69 puntos	Todo el tiempo

La tabla explica según las puntuaciones directa obtenidas en las escalas por los padres y los hijos en que rango se encuentran, de 0 a 23 puntos significa que según la percepción del sujeto, las alteraciones de la conducta se presentaron poco o nada durante ese primer año con el diagnóstico, luego se encuentra el rango de frecuentemente de 24 a 46 puntos y tal y como lo dice, refiere que el sujeto considera que las alteraciones se presentaron de manera frecuente. Por último de 47 a 69 puntos en las escalas significa que según la percepción del sujeto, las alteraciones se presentaron todo el tiempo durante ese primer año con el diagnóstico.

Tabla 3.2.2

Descripción de las respuestas para las escalas.

RESPUESTA	PUNTEO
Nunca	0
Algunas veces	1
Frecuentemente	2
Todo el tiempo	3

En la tabla 3.2.2 se pueden observar las diferentes respuestas que contienen las escalas para responder las afirmaciones planteadas en las mismas, por otro lado también se encuentra el punteo que cada una de las respuestas recibe.

Tabla 3.3.3

Indicadores a medir dentro de las escalas.

INDICADOR	ITEMS
Aislamiento	1, 2, 3, 4, 10
Dependencia	5, 6, 7
Actitud positiva/negativa	15,16,17, 20
Agresividad	8,13,14, 21
Conducta alimentaria	11, 18, 22, 23
Negación	9,12, 19

En ésta tabla se observan los 6 indicadores planteados por la investigadora para éste estudio, así mismo se describen cuales ítems contienen interrogantes que corresponden a cada indicador.

3.3 Procedimiento

- Se seleccionó el tema a investigar.
- Se seleccionó la muestra y diseño de la investigación
- Se definió el aporte de la investigación
- Aprobación del tema a investigar
- Se definió el objetivo general y específicos de la investigación
- Se gestionaron los permisos necesarios para realizar la investigación en la clínica privada de endocrinología pediátrica.
- Se realizaron los antecedentes, el marco teórico, el planteamiento del problema y el método.
- Se elaboró una escala tipo likert basada en los indicadores propuestos por la investigadora
- Se validó la escala por profesionales expertos en los temas a tratar.
- Se procedió a recolectar los datos a través de la escala por medio de la aplicación de la misma a las 25 familias seleccionadas para ser la muestra, que está compuesta por los padres y los hijos con DMI
- Posteriormente se tabularon los datos obtenidos.
- Se analizaron los resultados obtenidos
- Con base a los resultados obtenidos se elaboró la discusión de los resultados.
- Luego se trabajaron las conclusiones y recomendaciones.
- Se elaboró un informe final sobre los resultados encontrados en la investigación.
- Se realizó un Manual informativo y de apoyo emocional para padres para afrontar el diagnóstico

3.4 Tipo de Investigación y Metodología Estadística

La presente investigación se clasifica como investigación de tipo cuantitativa transaccional descriptiva, la cual definen Hernández, Fernández y Baptista (2006), como describir situaciones y eventos, es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Se

miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.

Esto es en un estudio descriptivo mediante el cual se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas para así describir lo que se investiga. Castañeda, de la torre, Moran y Lara (2004), hablan de la investigación descriptiva como la que muestra en qué forma se estudia el problema, es decir se caracteriza en medir variables específicas del problema que se investiga.

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva o análisis exploratorio de los datos, que Orellana (2001) describe como la que ayuda a presentar los datos de tal forma que sobresalga la estructura. Existen varias formas de presentarlos en éste tipo de estadística, como en gráficas que permiten detectar algunas características sobresalientes así como aquellas características que no se esperan Hernández, Fernández y Baptista (2006) describen como primer tarea en el proceso la distribución de frecuencias, las cuales son un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías, seguido por obtener las medidas de tendencia central, media, mediana y moda, y las medidas de variabilidad, rango desviación estándar y varianza finalizando con las gráficas.

Por otro lado para saber si existía diferencia entre las medias obtenidas se utilizó una t.student para muestras emparejadas, Hernández, Fernández y Baptista (2006), explican que se basa en constatar si las medias de cada uno son similares. Este tipo de contrastes es válido cuando se da alguna de las siguientes condiciones:

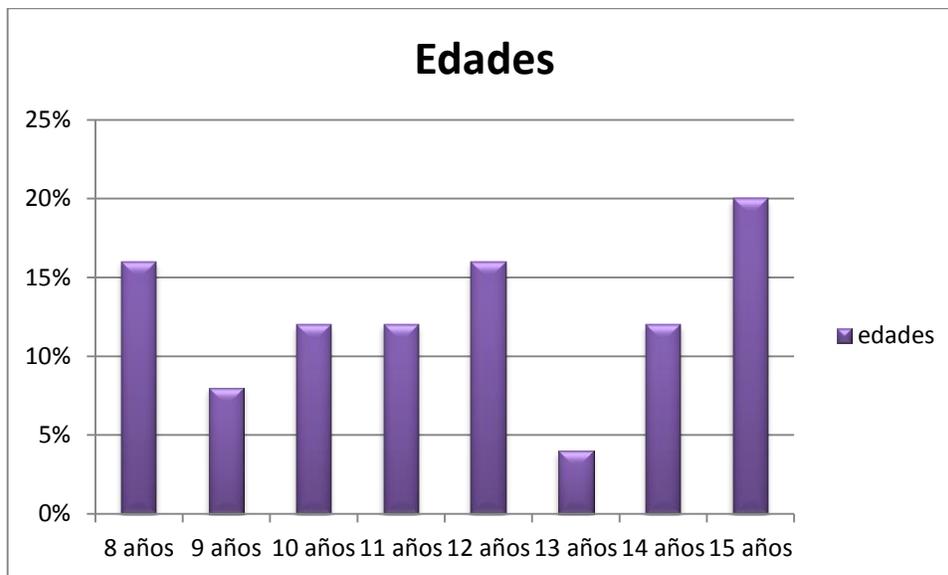
- Las varianzas son similares y las observaciones de cada muestra son normales.
- Las varianzas son similares y los tamaños muestrales son grandes.
- Hay diferencia notables entre las varianzas de cada grupo pero los tamaños de cada muestra son similares y además las muestras son grandes o aproximadamente normales.

IV. PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de este estudio, los cuales se muestran a través de tablas y gráficas que muestran los cuadros descriptivos de la escala Alteraciones Conductuales en niños y adolescentes entre 8 y 15 años de edad con un diagnóstico reciente de Diabetes Mellitus tipo I, como variable se tiene las alteraciones conductuales, por otro lado se contó con los indicadores de: aislamiento, dependencia, agresividad, negación, actitud positiva/negativa y conducta alimentaria.

Gráfica 4.1

Edades de los niños y adolescentes encuestados



En la gráfica 4.1 se observan los porcentajes de edad de niños y adolescentes que respondieron a la escala, los sujetos correspondientes a 15 años conforman el 20% de encuestados, seguidos por los niños de 8 y 12 años con un porcentaje del 16% mientras que el porcentaje más bajo lo representan los de 13 años.

Resultados de la Prueba t ó t-student para muestras emparejadas

Tabla 1.

<i>Prueba T para muestras emparejadas</i>	<i>PADRES</i>	<i>HIJOS</i>
Media	30.48	29.8
Varianza	23.92666667	119.666667
n	25	25
Coefficiente de correlación de Pearson	-0.620299404	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Estadístico t	0.234635326	
P(T<=t) una cola	0.408241021	
Valor crítico de t (una cola)	1.710882067	
P(T<=t) dos colas	0.816482042	
Valor crítico de t (dos colas)	2.063898547	

Según lo muestra la tabla 1, en cuanto a la pregunta de investigación que se refiere a si existe relación entre la percepción de padres e hijos sobre las alteraciones conductuales que se presentan durante el primer año luego del diagnóstico de DMI. El resultado estadístico indica que no existe diferencia significativa entre las medias como se observa en la prueba t con un resultado con valor de 0.2346.

Así mismo se observa que la media obtenida para los padres es de 30.48 lo que ubica a la muestra compuesta por los mismos dentro del rango de “frecuentemente”, lo anterior quiere decir que según la percepción de los progenitores si hubo alteraciones en la conducta de sus hijos tanto de manera positiva como negativa durante el primer año luego del diagnóstico de DMI y que las mismas se presentaron de manera frecuente.

Por otro lado los niños y adolescentes con una media de 29.8 en sus puntuaciones, reflejan que al igual que los padres, si percibieron alteraciones en su conducta durante el primer año

luego del diagnóstico pero, en menor intensidad a como lo perciben sus padres. La puntuación también los ubica dentro del rango de “frecuentemente”.

Según el coeficiente de correlación de Pearson, la relación entre la percepción de los padres con la de los hijos en cuanto a las alteraciones conductuales presentadas durante el primer año con el diagnóstico de DMI es moderada, lo cual se traduce a que, aunque no existe una diferencia tan significativa entre la percepción, si se observa que los padres notan de manera más frecuente las alteraciones contenidas dentro de los indicadores de la escala utilizada.

Resultados para el Indicador de Aislamiento

Tabla No 2.

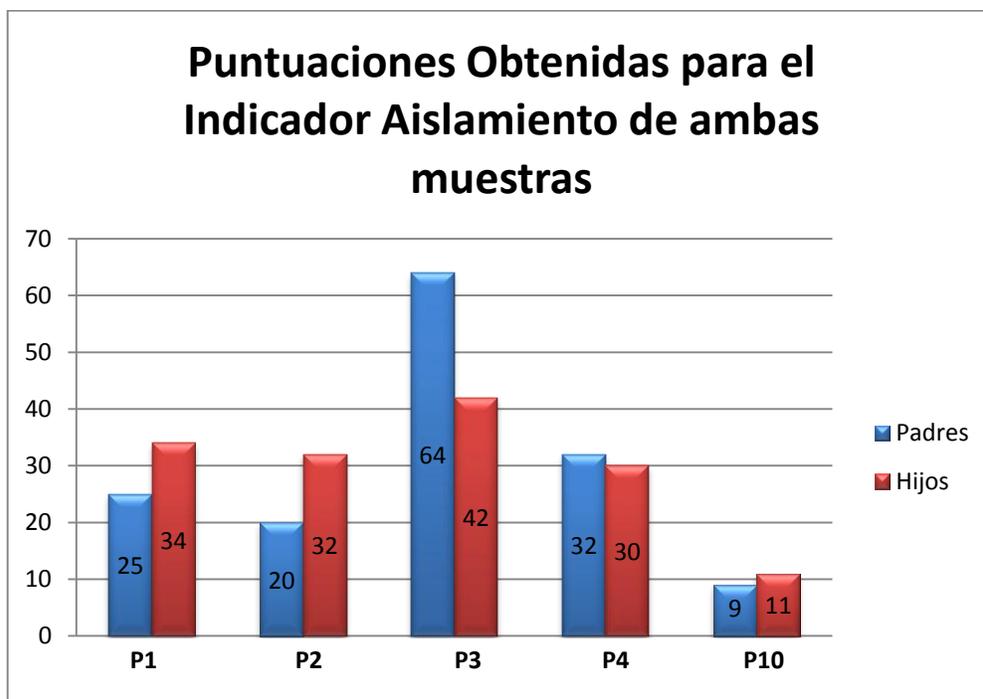
<i>INDICADOR AISLAMIENTO SEGÚN PADRES</i>		<i>INDICADOR AISLAMIENTO HIJOS</i>	
Media	31.25	Media	28.75
Mediana	26	Mediana	31
Moda	#N/A	Moda	#N/A
Desviación estándar	23.76797565	Desviación estándar	12.94539815
Varianza de la muestra	564.9166667	Varianza de la muestra	167.5833333
n	25	n	25

Según lo que puede observar en la tabla 2 la media de las puntuaciones para este indicador es de 31.25 para la percepción que tienen los padres, lo cual ubica al mismo, dentro del rango correspondiente a “frecuentemente”, por lo que se logró determinar que las alteraciones conductuales se presentaron de manera frecuente durante el primer año luego del diagnóstico.

Se determinó que la media para el indicador aislamiento según las respuestas proporcionadas por los niños y adolescentes es de 28.75, de nuevo se observa que según el resultado, las alteraciones de conducta de este indicador si se presentaron frecuentemente, sin embargo según esto, ellos lo percibieron en menor intensidad a los padres.

Gráfica 4.2

Resultados para Indicador Aislamiento



Para la pregunta 1 que corresponde a establecer si existe alguna dificultad en la comunicación que establecen los padres y los hijos durante el primer año luego del diagnóstico; ambas muestras respondieron que efectivamente, se presentó algún tipo de dificultad de manera frecuente.

Así mismo en la pregunta 2 que responde a la interrogante de si los pacientes se llegaron a aislar durante ese primer año con el diagnóstico, los padres no lograron percibir que esto sucediera, mientras que los niños, respondieron que si llegaron a aislarse de manera frecuente durante ese año.

Por otro lado en la pregunta 3 ambas muestras estuvieron de acuerdo en que la confianza para comentar si se sentían mal o no, aumentó, siendo la percepción según los padres la que puntuó más alto, colocándola dentro del rango de, “todo el tiempo”, lo cual puede traducirse a que según esto, los niños y adolescentes si mostraron confianza para hacerles saber sobre estado

de salud. Es importante notar que esta pregunta fue la que más puntos recibió en este indicador, por lo que infiere que la confianza para comunicar su condición con la diabetes es una conducta que aumentó en ese año.

En cuanto a la pregunta 4 referente a si el niño o adolescente engaña a los padres con respecto a la mediciones de glucosa, ambas muestras se colocan dentro del rango de frecuentemente, por lo que se dice que esta conducta sí se presentó durante el primer año, siendo notable el que los padres percibieron de manera más consecutiva esta conducta.

Por último para la pregunta 10, tanto los niños y adolescentes como los padres concluyen con que los pacientes presentaron muy poco o nada esta alteración en la conducta, que hace referencia a si los pacientes tenían dificultad para hacer nuevos amigos o mantener amistades dentro del colegio o escuela, siendo ésta la alteración que menos se presenta en este indicador.

Resultados para el Indicador de Dependencia

Tabla No. 3

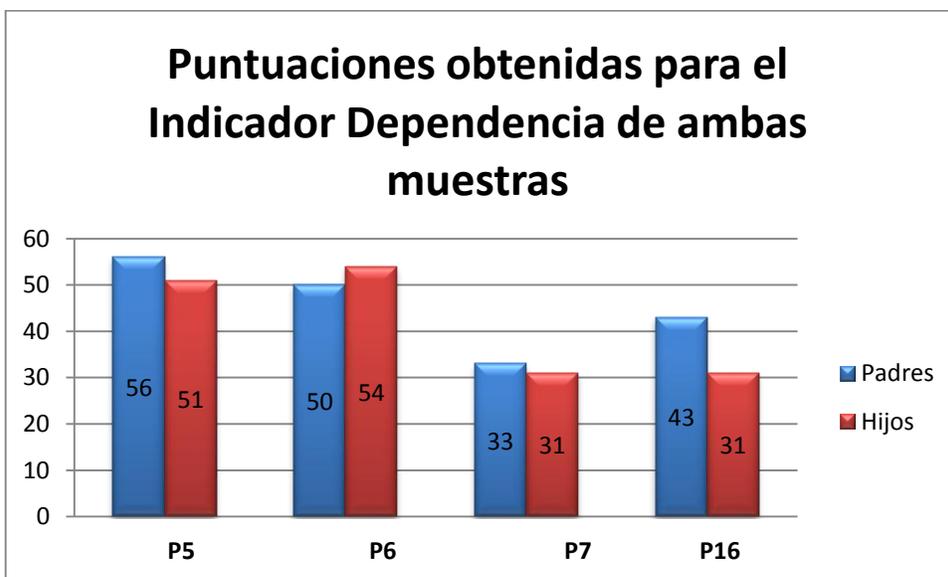
<i>INDICADOR DEPENDENCIA SEGÚN PADRES</i>		<i>INDICADOR DEPENDENCIA HIJOS</i>	
Media	42	Media	38.66666667
Mediana	43	Mediana	31
Moda	#N/A	Moda	31
Desviación estándar	8.54400375	Desviación estándar	13.27905619
Varianza de la muestra	73	Varianza de la muestra	176.3333333
n	25	n	25

Según puede observarse la tabla 3 desde la percepción de los padres, las alteraciones conductuales se presentaron todo el tiempo durante el primer año luego del diagnóstico

Además se observa una media de 38.6, lo cual se comprende que la percepción de los hijos en cuanto al indicador de conductas de dependencia fue recurrente de manera frecuente durante el primer año con el diagnóstico.

Gráfica 4.3

Resultados para el Indicador de Dependencia



Es importante mencionar que este es el único indicador en el que hubo un poco de variación en cuanto a la orientación de las preguntas, pues para saber que tan dependientes o independientes fueron los niños y adolescentes durante ese primer año con DM1, se preguntó tanto a los niños y adolescentes como a los padres, si se presentaba la conducta en los pacientes, adicional se pretendió averiguar qué tan sobreprotectores se mostraron los padres durante ese período, así que se procedió a preguntar de nuevo a hijos y padres la presencia de ésta conducta en los progenitores.

Para la pregunta 5 el cuestionamiento era sobre si los padres sentían la necesidad de cuidar de la persona con diabetes que a otro miembro de la familia, la respuesta fue que tanto padres como hijos, perciben que en efecto los progenitores sienten mayor necesidad de prestar atención a los pacientes afectos con DM1.

En la pregunta 6 la interrogante corresponde a responder si los padres sobreprotegen a los hijos luego de saber acerca del diagnóstico, ambas muestras se inclinaron a responder que en definitiva esta conducta se presentó de manera frecuente, siendo los hijos los que perciben más ésta conducta

La pregunta 7 hace referencia a si los niños y adolescentes se volvieron más dependientes durante el primer año luego del diagnóstico, a lo que ambas partes respondieron que esta conducta se presentó de manera frecuente, en este caso los padres percibieron la conducta más que los hijos.

Curiosamente en la pregunta 16 que responde a saber si los pacientes fueron más independientes luego del diagnóstico, los padres respondieron que todo el tiempo y los hijos respondieron que frecuentemente, lo que puede considerarse como una percepción actual, ya que desde el diagnóstico ha pasado aproximadamente un año.

Resultados para el Indicador Agresividad

Tabla No. 4

<i>INDICADOR AGRESIVIDAD SEGÚN PADRES</i>		<i>INDICADOR AGRESIVIDAD HIJOS</i>	
Media	25.5	Media	31.25
Mediana	25	Mediana	32.5
Moda	#N/A	Moda	#N/A
Desviación estándar	8.812869378	Desviación estándar	8.30160627
Varianza de la muestra	77.66666667	Varianza de la muestra	68.91666667
d=	0.6716	d=	0.6716
n	25	n	25

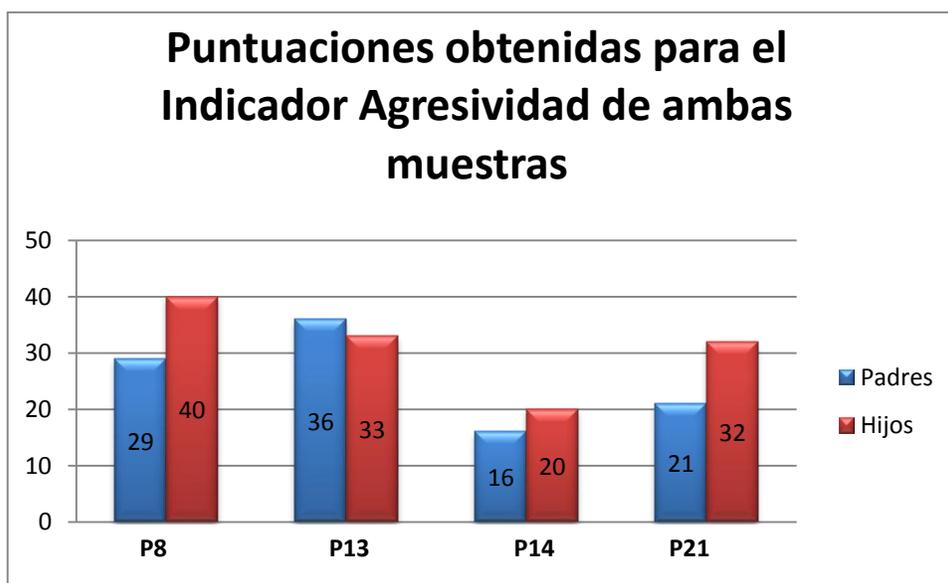
Al observar la tabla 4 se puede concluir que la percepción de los padres en cuanto a alteraciones de la conducta para el indicador de agresividad es que las mismas se presentaron frecuentemente durante el primer año del diagnóstico.

En ésta tabla se puede observar que los niños y adolescentes, aceptan que durante el primer año luego del diagnóstico con DMI, sus alteraciones de conducta en cuanto a agresividad se presentaron de manera frecuente.

Por otro lado en ambas tablas puede observarse que la magnitud de la diferencia entre las medias de este indicador es de 0.6791, lo cual se traduce como que existe una diferencia moderada en entre la percepción de los padres y los hijos para éste indicador.

Gráfica 4.4

Resultados para el Indicador Agresividad



Los resultados obtenidos de la pregunta 8 que hace referencia a conductas agresivas en casa y/o el colegio o escuela, determinan que para ambas muestras es decir para padres e hijos, éste tipo de conducta en el hogar y en la escuela o colegio se presentó de manera frecuente durante el primer año luego del diagnóstico, por otro lado se aprecia que los niños y adolescentes fueron quienes más lograron percibir y aceptar que sí presentaron este tipo de alteración en su conducta.

En cuanto a la pregunta 13 que corresponde a cuestionar sobre sí existió durante el primer año con el diagnóstico rebeldía para realizar los controles de glucosa o comer los alimentos correspondientes, la sumatoria de las respuestas de ambas muestras, coloca es éste indicador dentro del rango de frecuentemente, siendo los padres los que más percibieron ésta alteración en la conducta de sus hijos.

En la interrogante 14 se preguntó acerca de si durante el primer año con el diagnóstico los niños y adolescentes mantuvieron conductas negativas o agresivas con sus familiares, a lo que ambas muestras respondieron que esta conducta no se dio y cuando se presentó fue muy poco dentro de ese año, siendo los hijos quienes más percibieron la conducta.

Dentro de la pregunta 21 que trata sobre si los pacientes durante ese primer año con Diabetes habían llegado a renegar, hacer berrinches o incluso agredir a alguien o a ellos mismos, la respuesta para ambas muestras se mantuvo dentro del rango de muy poco o nada, por lo que se entiende que esta conducta casi no se presentó, una vez más fueron los niños y adolescentes quienes percibieron esta conducta.

Resultados para el Indicador de Negación

Tabla No. 5

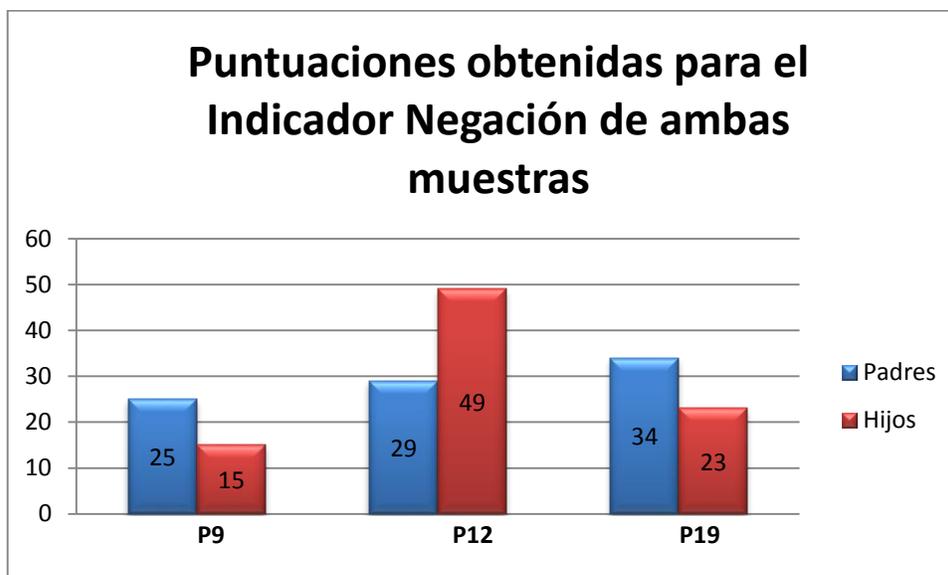
<i>INDICADOR NEGACION SEGÚN PADRES</i>		<i>INDICADOR NEGACION HIJOS</i>	
Media	29.3333333	Media	29
Mediana	29	Mediana	23
Moda	#N/A	Moda	#N/A
Desviación estándar	4.50924975	Desviación estándar	17.77638883
Varianza de la muestra	20.3333333	Varianza de la muestra	316
n	25	n	25

La tabla 5 muestra un resultado de 29.33 para la media de la percepción del indicador para los padres por lo cual se dice que durante el primer año con el diagnóstico, este tipo de alteraciones se presentó de manera frecuente.

Se observa además que la percepción de los hijos en cuanto a si existieron conductas de negación durante el primer año luego de recibir el diagnóstico de DMI, los mismos respondieron que sí se presentaron de manera frecuente obteniendo una media de 29.

Resultados para el Indicador de Negación

Gráfica 4.5



En cuanto a la pregunta 9 referente a si los niños y adolescentes ven la Diabetes como algo malo, los padres respondieron que ésta alteración en la conducta se presentó de manera frecuente, mientras que según los hijos, ésta conducta se presentó muy poco o no se presentó durante el primer año del diagnóstico.

La pregunta 12 cuestionaba acerca de si durante ese primer año los pacientes tuvieron sentimientos de tristeza que se vieran reflejadas en su conducta, los padres percibieron que si hubo éste tipo de alteración frecuentemente, los jóvenes y niños contestaron que según su percepción estos sentimientos se presentaron todo ese primer año.

La última pregunta del indicador es la 19, que cuestiona sobre si durante los primeros meses luego del diagnóstico los jóvenes y niños presentaron conductas negativas y por lo tanto la no aceptación de su nueva condición, los padres percibieron que esta conducta se presentó de manera frecuente, mientras que los hijos casi no percibieron ésta conducta en ellos mismos.

Resultados para el Indicador Actitud positiva/negativa

Tabla No. 6

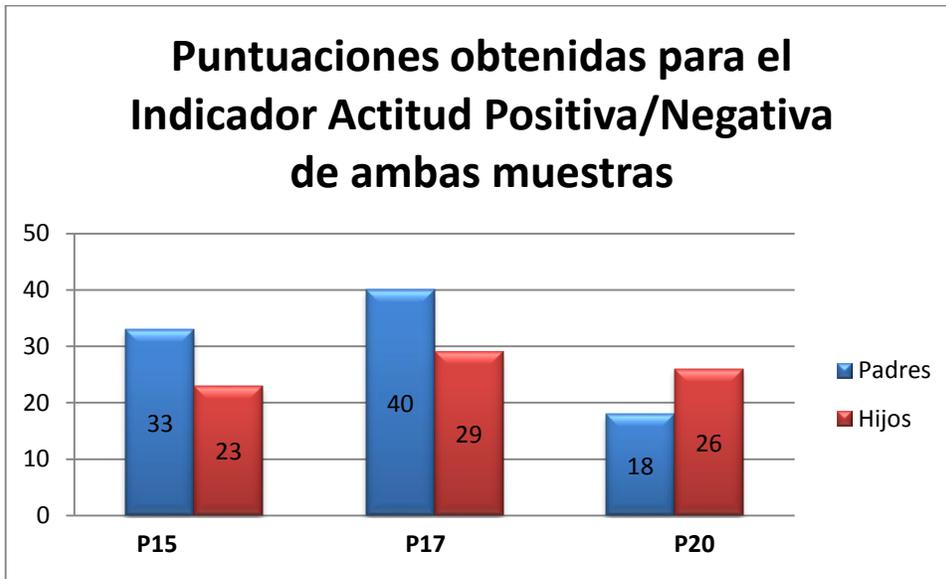
<i>INDICADOR ACTITUD POSITIVA O NEGATIVA SEGÚN PADRES</i>		<i>INDICADOR ACTITUD POSITIVA O NEGATIVA HIJOS</i>	
Media	30.33333333	Media	26
Mediana	33	Mediana	26
Moda	#N/A	Moda	#N/A
Desviación estándar	11.2398102	Desviación estándar	3
Varianza de la muestra	126.3333333	Varianza de la muestra	9
d=	0.526	d=	0.526
n	25	n	25

Con una media de 30.33, los padres respondieron que según su percepción este indicador se presentó de manera frecuente durante el primer año con el diagnóstico, es importante hacer notar que este indicador pudo observarse como alteración en ambas vías, positivo/ negativo lo que se comprende como una conducta que se comporta hacia un lado o el otro dependiendo la situación a la que se presente el paciente.

Por otro lado puede observarse que con una media de 26, para los niños y adolescentes también fue posible percibir ésta alteración en su conducta en ambas vías positivo/negativo de manera frecuente durante el primer año con DMI sin embargo como se observa en ambas tablas, la magnitud de la diferencia entre las percepciones es de 0.526, lo que indica que en efecto existe una diferencia moderada en el tipo de respuestas, según esto los jóvenes y niños no lograron percibir o diferenciar tanto este tipo de conductas.

Resultados para el Indicador Actitud positiva/negativa

Gráfica 4.6



En cuanto a la pregunta 15 la percepción de los padres es que sus hijos mejoraron y mostraron una actitud más positiva al momento de relacionarse con su familia, según los mismos esta actitud se mostró de manera frecuente durante ese año. Por otro lado los hijos refieren que según su percepción ésta actitud casi no fue presentada por ellos durante ese lapso.

Por otro lado en la pregunta 17 se presenta una diferencia perceptible en cuanto a si los niños y adolescentes mostraron una actitud positiva que se reflejara en general en su conducta luego del diagnóstico siendo según los padres una percepción positiva, colocándolos en el rango frecuentemente, los hijos mostraron en menor intensidad esa misma respuesta.

En cuanto a la interrogante 20 en relación a si los niños o adolescentes con DMI hicieron comentarios negativos hacia su persona durante el primer año luego del diagnóstico, según la percepción de los padres lo anterior no se presentó o casi no se presentó durante el primer año con el diagnóstico, sin embargo según los hijos, si presentaron ésta conducta de manera frecuente.

Resultados para el Indicador Conducta Alimentaria

Tabla No 7

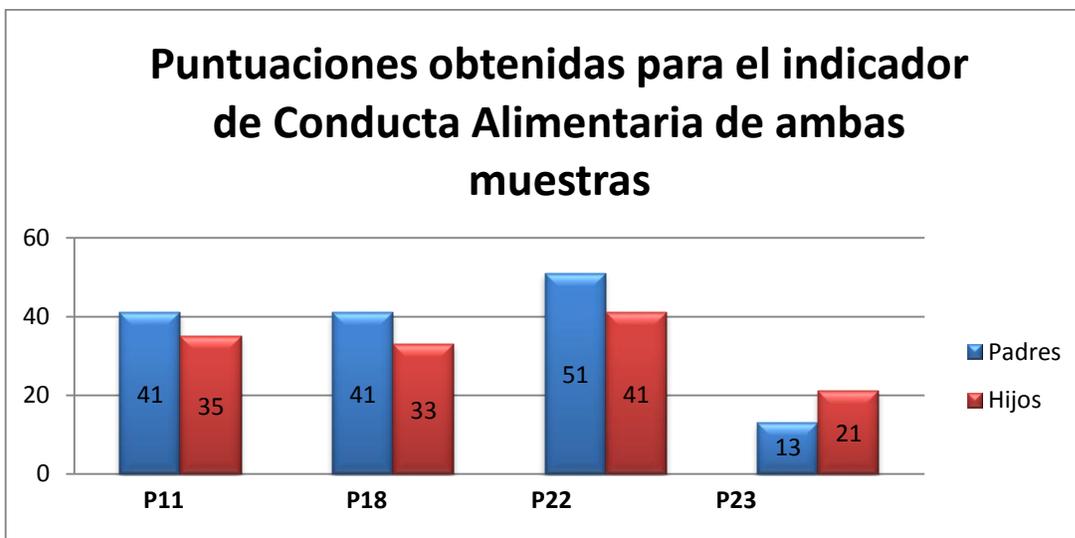
<i>INDICADOR CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN PADRES</i>		<i>INDICADOR CONDUCTA ALIMENTARIA HIJOS</i>	
Media	36.5	Media	32.5
Mediana	41	Mediana	34
Moda	41	Moda	#N/A
Desviación estándar	16.3605216	Desviación estándar	8.386497084
Varianza de la muestra	267.666667	Varianza de la muestra	70.33333333
n	25	n	25

Según lo que puede observarse en la tabla 7, la percepción de los padres en cuanto a la conducta alimentaria es que la misma sí se presentó de manera frecuente durante el primer año, luego del diagnóstico.

Al igual que los padres, los jóvenes y niños si perciben que las alteraciones en la conducta alimentaria, se presentaron durante el primer año luego del diagnóstico de DMI.

Resultados para el Indicador de Conducta Alimentaria

Gráfica 4.7



En la pregunta 11 se cuestionaba acerca de si los niños y adolescentes comen cosas a escondidas que puedan alterar sus niveles de glucosa al no ser adecuados; según los padres ésta alteración en la conducta sí se presentó de manera frecuente durante ese lapso. También los hijos percibieron que durante el primer año luego del diagnóstico con frecuencia comieron cosas a escondidas.

Luego en la pregunta 18 se cuestionaba acerca de si los pacientes eran capaces de controlar sus hábitos alimenticios para mantener nivelada la glucosa, tanto la muestra conformada por los padres como los hijos respondieron que si son capaces de controlar sus hábitos alimenticios.

Según la pregunta 22 la percepción de los padres es que los hijos hacen preguntas sobre su estilo de alimentación todo el tiempo, por otro lado los jóvenes y niños contestaron que hacen preguntas frecuentemente sobre lo que pueden comer y que no pueden comer.

En la pregunta 23 se les cuestionaba a ambas muestras sobre si durante el primer año luego del diagnóstico los jóvenes y niños omiten o disminuyen la dosis de insulina para tratar de no ganar más peso del que tienen o disminuirlo, a lo que ambas partes contestaron que esta conducta casi no se presentó durante ese primer año.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

En este estudio se investigaron las alteraciones conductuales en niños y adolescentes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 a continuación se presenta la discusión de los resultados obtenidos.

La primera gráfica muestra las edades de los niños y adolescentes encuestados en éste estudio, entre las cuales en primera instancia se observa que para la muestra de niños y adolescentes la mayoría de sujetos tenían entre 8, 12 y 15 años

Luego en primer plano se presentan los resultados para prueba *t de student* realizada con el fin de identificar si existe relación entre la percepción de padres e hijos acerca de la presencia de alteraciones en la conducta de los niños y adolescentes durante el primer año con el diagnóstico de DMI. Producto de ello se observa que si existe una relación entre la percepción de ambos acerca de las alteraciones conductuales luego del diagnóstico; así mismo se se observa una media de 30.48 de los padres, quienes refieren que los niños y los adolescentes presentan alteraciones en su conducta de manera frecuente durante ese primer año. Por otro lado, los niños y adolescentes con una media de 29.8 concuerdan en si presentan las alteraciones frecuentemente pero según la percepción de los mismos, en menor intensidad de la que los padres expresan.

Respecto a esto podría mencionarse la investigación en conjunto realizada por la Universidad de Alicante y la fundación para la Diabetes en España en el 2012 en la cual se concluyó que los padres perciben en mayor incidencia en cuanto a la presencia de consecuencias psicológicas que los hijos, en un estudio comparativo entre ambas muestras. Por último se contempla un coeficiente de correlación de Pearson, que refleja, nuevamente, que existe una percepción muy parecida entre los padres y los hijos acerca de las alteraciones en la conducta de los pacientes.

Como dato importante, se debe recordar, que para fines del estudio, se planteó la misma escala para ambas muestras, con la diferencia de que en la encuesta para niños y adolescentes las preguntas eran orientadas para que ellos reconocieran las alteraciones en

ellos mismos, mientras que en la de los padres los cuestionamientos orientaban a reconocer si las alteraciones se presentaban en sus hijos y con qué frecuencia se presentaron.

Siguiendo a lo anterior se encuentra el primer indicador que corresponde al aislamiento, dentro de éste se midieron conductas sobre: aislarse de familia o amigos, dificultad para comunicarse en general con sus padres, confianza para comunicar a sus padres si sentían algún malestar físico o emocional, engaño a los padres sobre mediciones de glucosa y si los niños y adolescentes presentaban alguna dificultad en hacer o mantener amistades dentro del ámbito escolar. Los resultados indican que este indicador se comportó de manera fluctuante dentro de las respuestas entre padres e hijos; pues aunque ambas se encuentran dentro del rango de “frecuentemente” existen algunas diferencias importantes para resaltar. Una de ellas es que, según los padres, los pacientes si mostraron confianza para comunicarles si sentían algún malestar físico o emocional *todo el tiempo*, mientras que los hijos dijeron comunicar sus malestares *no todo el tiempo*, sino frecuentemente. Esta diferencia de percepción puede ser debido a que los hijos evitan preocupar a sus padres o para evitar conflictos. Martínez y Torres en 2006, en su estudio sobre la relación que tiene el paciente diabético con su familia, las cogniciones y los problemas que enfrentan, encontraron que su muestra revelaba una relación favorable entre los pacientes y sus familiares, así como un ambiente de confianza, apoyo y cuidados, lo cual coincide con los resultados de este estudio.

En el indicador de Dependencia, las preguntas se orientaban a reconocer si los niños y adolescentes mostraban más o menos dependencia durante ese primer año con DMI; los resultados mostraron que los padres y los hijos consideraban que las conductas que reflejaban dependencia se presentaron de manera frecuente durante el primer año. Dentro de las preguntas de éste apartado, se pretendió además conocer si los padres fueron más sobreprotectores con los pacientes en general y en comparación a los otros miembros de la familia, así como si los niños y adolescentes reconocían éste tipo de conducta en los padres y si ellos consideraban haber sido más dependientes durante ese período. Los padres reconocieron que si fueron más sobreprotectores con sus hijos todo el tiempo y que si prestaban más atención a los pacientes que a los demás miembros de la familia, los hijos estuvieron de acuerdo con esa afirmación. Por otro lado los padres y los hijos están de

acuerdo en que los pacientes fueron bastante independientes durante el primer año de diagnóstico, aunque los hijos lo notaron en menor intensidad que los padres, se infiere que los pacientes aunque pretenden seguir teniendo la misma conducta que antes de ser diagnosticados, no pueden mantenerla del todo debido a los cuidados y riesgos que esta enfermedad representa. Cuando los padres se enfrentan con enfermedades crónicas es lógico que se vuelvan sobreprotectores con sus hijos, lo que sin duda los lleva a controlar todo el ambiente en que éstos se desenvuelven, alimentos, medicamentos, niveles de glucosa y demás acciones que demanda la enfermedad.

Luego para el indicador agresividad, ambas partes expresaron que este tipo de conductas que incluyen, berrinches, auto lesiones, agresión a otras personas, rabietas, rebeldía entre otras, se presentaron de manera frecuente, aunque los niños y los adolescentes notaron que estas conductas se volvieron cada vez más intensas. Bolaños en el 2009 coincide con esta investigación, en su estudio encuentra que su paciente se presentaba irritable, con señas de autolesiones. Los pacientes que tienen esta enfermedad presentan alteraciones conductuales durante el tiempo de aceptación y adaptación a la misma, se sienten molestos y sus reacciones para ellos mismos y para los demás incluyen conductas agresivas verbal y física. Los padres perciben en menor cantidad estas conductas posiblemente como justificación ante la enfermedad de sus hijos.

En este indicador se contenían cuestionamientos acerca de conductas de negación durante el primer año con DM, ambas muestras dijeron que esta conducta del paciente si se presentó de manera frecuente durante el primer año con Diabetes Mellitus tipo 1. Pero en la pregunta sobre sentimientos de tristeza, los padres indican no haber notado esta conducta, mientras que los hijos refieren haberse sentido tristes. Bolaños encontró en su estudio que su paciente refirió, sintomatología depresivo-ansiosa, caracterizada por deseos de llorar, apatía, sentimientos de inferioridad y que debía realizar un esfuerzo mayor para motivarse a sí misma durante algunos meses luego del diagnóstico.

En cuanto a la actitud tanto positiva como negativa que presentaron los pacientes durante el primer año luego del diagnóstico, se observó que los padres percibieron que sus hijos mostraron una actitud positiva la mayoría de las veces, mientras que los hijos dijeron que su actitud fue negativa y pocas veces positiva. En cuanto a lo anterior, el artículo

“impacto psicosocial de experiencias, significados y respuestas ante la enfermedad, realizado por Ledón, concluye que los procesos de salud de los pacientes con DM1, incluyen experiencias con potencial de causar severos impactos psicológicos y sociales, es decir que la actitud que presentan durante el tiempo que les toma adaptarse a la enfermedad es negativa, aunque luego de este proceso, el paciente puede cambiar su actitud y volverse más positivo ante la vida.

En el último indicador que trata sobre la conducta alimentaria, ambas muestras mencionaron que este tipo de conductas se presentaron de manera frecuente durante el primer año con DM1, siendo los padres los que percibieron mejor esta conducta, la cual se caracterizó por: comer cosas a escondidas que puedan alterar los niveles de glucosa, controlar sus hábitos alimenticios, hacer preguntas sobre el estilo de alimentación y omitir o disminuir las dosis de glucosa para tratar de no ganar más peso del que tienen o disminuirlo, en este último ítem, los niños y adolescentes coinciden con sus padres. Bolaños (2009), comenta que la “diabulimina”, como es llamado éste fenómeno conductual en los pacientes diabéticos, es muy común y a la vez riesgoso, ya que puede terminar en hospitalizaciones. Es importante mencionar que los padres de este estudio, aseguraron que durante el primer año con Diabetes, sus hijos realizaron preguntas todo el tiempo acerca de su nuevo estilo de alimentación. Esto nos indica que los pacientes con esta enfermedad tienen problemas para adaptarse al tipo y la cantidad de comida que su enfermedad les permite ingerir.

Al final los resultados obtenidos en el presente estudio, superan las expectativas planteadas, al ser una investigación novedosa y al no tener registro a nivel nacional de un precedente en el tema, se lograron establecer parámetros iniciales para poder estudiar más a fondo éste tipo de fenómeno.

VI. CONCLUSIONES

- En este estudio se concluye que la percepción general entre padres e hijos acerca de la presencia de alteraciones conductuales durante el primer año luego de recibir el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 es igual..
- Los padres son los que perciben de manera más frecuente las alteraciones conductuales en los pacientes durante el primer año luego del diagnóstico.
- Se determinó que para los padres y para los niños y adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1, la mayoría de las alteraciones conductuales descritas dentro de la escala utilizada se presentaron de manera frecuente durante el primer año con el diagnóstico.
- Se comprobó que el indicador que menos presencia tuvo durante el primer año con el diagnóstico fue el de negación.
- Se concluye que las alteraciones de conducta más presentadas por los niños y adolescentes durante ese primer año con el diagnóstico, son los de conducta alimentaria.
- Según los padres y los pacientes las conductas de aislamiento se presentaron frecuentemente durante el primer año luego del diagnóstico con Diabetes Mellitus tipo 1. Pero los padres percibieron con mayor intensidad éste tipo de conductas.
- Tanto padres como hijos afirmaron que durante el primer año con DM1 la confianza de los pacientes para comunicar malestares físicos y emocionales aumentó considerablemente.

- Se determinó que tanto los pacientes como los padres, consideran que, las alteraciones de conducta dentro del indicador de dependencia se presentaron de manera frecuente hasta un año después del diagnóstico inicial.
- Dentro del indicador de dependencia se identificó que los padres luego del diagnóstico, sobreprotegen a sus hijos.
- Ambas muestras percibieron la presencia del indicador de agresividad.
- Ambas muestras percibieron actitud positiva/negativa durante el primer año luego del diagnóstico.
- Se determinó que según padres e hijos las alteraciones de la conducta alimentaria se presentaron de manera frecuente durante el primer año del diagnóstico.

VII. RECOMENDACIONES

Para los Padres de niños y Adolescentes con Diabetes mellitus tipo1:

- Como parte del proceso de adaptación a la diabetes que padece un hijo, ambos padres deben de informarse acerca de la enfermedad únicamente con fuentes confiables y profesionales expertos en el tema, pues existen actualmente infinidad de mitos e información no verídica que podría causar consecuencias graves en el desarrollo de la enfermedad.
- Se recomienda a toda la familia que acuda a terapia de familia, con el fin de que se les ayude a sobrellevar la enfermedad crónica, así como las alteraciones conductuales del enfermo.
- Se recomienda a los padres que durante el proceso de adaptación a la nueva condición de sus hijos, mantengan una actitud positiva y realista sobre la enfermedad; esto ayudará a crear una sensación de confianza en los niños y adolescentes, pues será más sencillo para ellos asimilar el proceso.
- Es importante que los padres encuentren un balance en sus preocupaciones y emociones para cuidar lo suficiente al paciente sin llegar a sobreprotegerlo, por el contrario enseñarles el autocuidado, ya que es una enfermedad crónica.
- Se exhorta a los padres no descuidar a los demás miembros de la familia con el fin de brindar atención constante únicamente al hijo afecto con DM1, puesto que podría provocar problemas familiares.

- En el proceso de adaptación, se recomienda que los padres estén pendientes de la realización correcta y constante de las mediciones de glucosa así como de la administración de la dosis de insulina según lo indicado con el médico.
- Se invita a los padres a promover un ambiente familiar en el cual el paciente pueda sentirse seguro y cómodo, y por otro lado aceptar, comprender y respetar los momentos en los que su hijo necesite estar sólo.

Para los niños y adolescentes con Diabetes mellitus tipo 1

- Es importante que el paciente tenga ayuda psicoterapéutica, con el propósito de conocer los cambios conductuales que tendrá durante la enfermedad, así como la forma de controlarlos.
- Durante el proceso de adaptación se recomienda que los pacientes confíen en sus padres y médicos tratantes, ellos los guiarán por el camino correcto.
 - Se recomienda a los pacientes, realizar de manera correcta las mediciones de glucosa para llevar un control adecuado de la enfermedad
 - Se les exhorta a los niños y adolescentes a no omitir o disminuir las dosis de insulina recomendada por el especialista, pues podría provocar consecuencias graves en su cuerpo que podrían llevarle al hospital o incluso la muerte
 - Se invita a los pacientes a tomar en la medida de lo posible adoptar una actitud que le permita aceptar a su ritmo su nueva condición.
 - Se recomienda a los niños y adolescentes aceptar cuando comenten un error en el cuidado de su condición para poder corregirlo y no cometerlo en el futuro
 - La diabetes es una condición de vida que propone algunas limitantes para los pacientes, sin embargo es importante que sepan que la misma no los hace diferentes a las demás personas y no los convierte en sujetos raros o “descompuestos”

Para futuros investigadores

- Se recomienda a futuros investigadores indagar en las consecuencias psicológicas que podrían presentar los padres durante el periodo de adaptación a la nueva condición de su hijo
- Se recomienda considerar como tema de investigación las consecuencias psicológicas que podrían presentar los demás miembros de la familia que no tienen Diabetes mellitus.
- Es recomendable tomar en cuenta que los resultados obtenidos en el presente estudio no pueden generalizarse a toda la población guatemalteca sino a únicamente a los pacientes atendidos dentro de éste centro de diagnóstico y tratamiento pediátrico y que tengan las mismas características.
- Se invita a futuros investigadores a continuar investigando sobre las alteraciones conductuales que presentan los pacientes afectos a Diabetes mellitus en general, puesto que es un tema no sólo interesantes sino además no investigadas a profundidad en el país.
- A los profesionales de la salud mental, se recomienda tomar la iniciativa por realizar actividades que promuevan el interés por conocer, manejar y afrontar cualquier tipo de consecuencia psicológica que puedan presentar los pacientes con ésta condición.
- Por último se recomienda tanto a los especialistas en salud como a los profesionales de la salud mental, utilizar el enfoque multidisciplinario para tratar ésta condición puesto que la misma afecta tanto la psique como la parte biológica de los pacientes.

REFERENCIAS

Alvarado A, (2009) *Diferencia entre las estrategias de afrontamiento, el rendimiento académico y la autoeficacia utilizada por jóvenes que padecen diabetes juvenil (tipo 1) y jóvenes que no padecen esta enfermedad* enero 2009 Guatemala, Tesis Inédita Universidad Rafael Lándívar.

Aigner M, Compilación de Técnicas de medición por medio de escalas, (2005) Universidad de Antioquia Colombia, recuperado de: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/6552/6002>

American Diabetes Association (2006). *Depressive Symptoms in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes Association with diabetes-specific characteristics*. *Diabetes Care* 2006; 29: 1386. Recuperado de: <http://care.diabetesjournals.org/content/29/6/1389.full?sid=fb06837e-70b5-424d-bdb9-3b6cbd16c2f4>

American Diabetes Association (2013) *El Diagnostico de la Diabetes e Información sobre la Prediabetes*, Recuperado de: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-ladiabetes/diagnostico.html>

Asociación Británica de Psicoterapias Cognitivas y del Comportamiento (BABCP) (2005) *¿Qué es la TCC?* Recuperado de: <http://www.babcp.com/silo/files/what-is-cbt.pdf>

Autor desconocido, (2011), *La Conducta en Psicología* Recuperado de: <https://sites.google.com/site/infopsico/la-conducta>

Beckett G, *Impacto Psicológico de la Diabetes Tipo 1* Recuperado de:
http://www.ehowenespanol.com/impacto-psicologico-diabetes-tipo-1-sobre_50010/

Bolaños P, (2009) *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, Recuperado de:
http://www.tcasevilla.com/archivos/diabetes_y_trastornos_de_la_conducta_alimentaria_utilizacion_de_la_insulina.pdf Sevilla, España

Carcavilla A, (2009) *Atención al paciente con Diabetes, Algo más que Insulinas* Revista Pediátrica de Atención Primaria, Madrid España. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113976322009000600007&script=sci_arttext

Castello J, (2012) *Como superar la Dependencia Emocional* (1era ed.) Ediciones Corona Borealis Madrid, España

Chagas R, (2012) *La teoría de la agresividad en Donald W. Winnicott*, México, Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26982012000400018&script=sci_arttext

Cortés A, Lopez M, Reynoso L, y Aguilar V (2014) *Catálogo de Revistas Universidad Veracruzana Diabétometro Conductual: Una herramienta para incrementar en los niños la percepción de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo 2* Veracruz México Recuperado de:
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/716/1261>

Cruz F, Pineda S, Martínez N y Aliño M y colaboradores Pg. 15-16 (2002) *Manual de Prácticas Clínicas para la atención Integral a la Salud en la Adolescencia* La Habana Cuba, Recuperado de:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/manual_de_practicas_clinicas_para_la_atencion_integral_a_la_salud_de_los_adolescentes.pdf

Freud A, (1961), *El Yo y los Mecanismos de Defensa* Recuperado de:
<http://books.google.com.gt/books?id=5kFeDqxzIqIC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f>

Freud S, (1913) *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente* (caso Schreber), *Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras* (2da. ed.)

Garrido J (2013) *Nivel de Depresión, según la prueba CDS en niños y adolescentes entre los 8 y los 16 años, afectos a Diabetes Mellitus tipo I que asisten a consulta en una clínica privada de la zona 10, Ciudad Capital* enero 2013, Guatemala Tesis inédita Universidad Rafael Landívar

Gómez L, *Conducta Alimentaria, Hábitos Alimentarios y Puericultura de la Alimentación*, Recuperado de: <http://scp.com.co/descargascrianza/Conducta%20alimentaria,%20h%C3%A1bitos%20alimentarios%20y%20puericultura%20de%20la%20alimentaci%C3%B3n.pdf>

Díaz J, *Diabetes Mellitus en Guatemala: Aspectos epidemiológicos* (2014) *Revista guatemalteca de Cardiología*, Recuperado de: [Rev Guatem Cardiol 2014;24\(Sup 1\):S34-S38](http://revguatemcardiol.org/2014/24(Sup%201):S34-S38)

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (3ª ed.) México: Mc Graw Hill.

Herrera E, (2011). *Evaluación de la Incidencia de Depresión en pacientes que padecen Diabetes Mellitus Tipo II, atendidos en el Hospital General San Juan de Dios*, Guatemala Tesis Inedita Universidad de San Carlos de Guatemala Recuperado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_3416.pdf

Hurtado F, (2007) *Revista Avances en Diabetología Trastornos Psicológicos en la adolescencia de pacientes con Diabetes* Pgs. 100-104 Sevilla España

KATZ, D. (1960) *The Functional Approach to the Study of Attitudes. Public Opinion Quarterly*, 24, 27-46. KATZ, D. (1984) El enfoque funcional en el estudio de las actitudes. En *Estudios Básicos de Ciencias Sociales* (261-298). Barcelona: Hora, S.A.

Koffka K, (1973) *Principios de la Psicología de la Forma* (3era. ed.) Paidós, Buenos Aires, Argentina

Ledon L, (2012), Revista Cubana de Endocrinología, *Impacto Psicosocial de la Diabetes Mellitus, experiencias, significados y experiencias de la enfermedad*, Cuba, Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156129532012000100007&script=sci_arttext

Marka U, *Tipos de Personas Problemáticas* Recuperado de: <http://www.inteligencia-emocional.org/curso-gratis/como-tratar-personas-dificiles/>

Matinez B, y Torres, L (2002). *Importancia de la Familia en el Paciente con Diabetes Mellitus Insulinodependiente* Catálogo de Revistas Universidad Veracruzana Veracruz México Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156129532012000100007&script=sci_arttext

Martínez, M., Lastra I., y Luzuriaga, C (2002). *Psicopatología y evolución de la diabetes mellitus tipo 1 en niños y adolescentes*. España. Santander. Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/comorbilidad106/7944/

NEWCOMB, T. (1959) *Individual Systems of Orientations*. In S. Koch, *Psychology: A Study of Science* (pp.384-422). New York: McGraw-Hill.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) *Diabetes* Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Piaget J, (1961) *La formación del símbolo en el niño*, México, Fondo de Cultura Económica,

Piaget J, (1979) *Psicología de la inteligencia*, Buenos Aires, Ed. Psique,

Psicólogos en Madrid, *Dependencia Psicológica Definición*, Madrid España, Recuperado de:
<http://psicologosenmadrid.eu/tag/dependencia-psicologica-definicion/>

Polonsky WH, (2000), *Diabetes burnout: What to do when you can't take it anymore*. Alexandria, VA: American Diabetes Association.

Quevedo, J. (2011). *Conocimientos, creencias y prácticas de auto cuidado de la salud en pacientes con Diabetes Mellitus que asisten a consulta externa de Medicina Interna del Hospital Roosevelt en el período de abril mayo de 2011*. Guatemala. Tesis. Inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala

Rubin R, Walen S, Ellis A. (1990) *Living with Diabetes. J Rational-Emotive Cognitive Behavior Therapy* (Pags. 21-39)

Rubio E, Pérez M, Hernández J y Blanco A (2010) *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud Diferencias Conductuales y Emocionales entre grupos de enfermos crónicos Infanto-Juveniles* Sevilla España, Recuperado de:
http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_23-34.pdf

Sanz O, (2014) *La diabetes de mi hijo, Manual de apoyo psicológico para padres de niños y adolescentes con diabetes tipo 1* España, Recuperado de:
<http://www.fundaciondiabetes.org/general/material/7/la-diabetes-de-mi-hijo-manual-de-apoyo-psicologico-para-padres-de-ninos-y-adolescentes-con-diabetes-tipo-1>

Sarcinelli E, y Franklin E, (2010) Fundación Dialnet *Diseño de Manual Psicoeducativo de Apoyo a niños de 8 a 13 años recién diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1 y sus familiares, basado en la Psicología Positiva*. Caracas Venezuela Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3653308>

THURSTONE, L. (1928) *Attitudes can be measured*. American Journal of Sociology, 33, 529-554.

THURSTONE, L. Chavez, E. (1929) *The measurement of attitude*. Chicago: Chicago Univ. Press.

UNICEF (2005), *Definición de la Infancia*, Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>

Universidad de Alicante y Fundación para la Diabetes, (2012) *Bienestar Emocional y calidad de vida en la diabetes en la infancia y adolescencia. Un estudio con padres e hijos* Madrid, España Recuperado de: <http://www.fundaciondiabetes.org/general/actividad/22/estudio-bienestar-emocional-y-calidad-de-vida-en-la-diabetes-en-la-infancia-y-la-adolescencia--un-estudio-con-padres-e-hijos>

Universidad de Cantabria, *La Conducta según Freud* citando a Freud S, (1923) *El Yo y el Ello* Recuperado de: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-i/tema-1/1.2.4.1-la-conducta-segun-freud>

Van der Ven N, Weinger K, y Snoek F, (2002) *Terapia Cognitivo Conductual: Como mejorar el autocontrol de la Diabetes* (Pags. 10-13) Revista Diabetes Voice, Volumen 47

Watson J, (1913) *La Psicología desde el punto de vista Conductista*, Estados Unidos

Anexos



CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR POSIBLES ALTERACIONES CONDUCTUALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de preguntas, por favor marque con una **X** la respuesta que más se asemeje a su situación actual con referencia al reciente diagnóstico de su hijo con Diabetes Mellitus tipo 1. Sus respuestas serán utilizadas con fines de investigación.

		Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Todo el tiempo
1	A partir del diagnóstico, ¿Considera que la comunicación que establece usted con su hijo (a) ha tenido algún tipo de dificultad?				
2	¿Su hijo (a) se ha llegado a aislar de la familia?				
3	¿Considera usted que su hijo (a) le tiene confianza suficiente para decirle que se siente mal?				
4	¿Se ha dado cuenta de que su hijo (a) lo(la) engañó con respecto a sus mediciones de Glucosa?				
5	¿Siente la necesidad de estar cuidando más a su hijo (a) que a otro miembro de la familia?				
6	¿Considera usted que sobreprotege a su hijo (a)?				
7	¿Cree usted que el paciente se ha vuelto más dependiente de su familia luego del diagnóstico?				

8	Luego del diagnóstico, ¿Su hijo (a) ha tenido conductas agresivas en casa y/o en el colegio o escuela?				
9	¿El paciente ve a la diabetes como algo negativo?				
10	¿Sabe usted si su hijo (a) tiene problemas para socializar con sus compañeros de la escuela?				
11	¿El paciente come cosas a escondidas?				
12	¿Ha observado a su hijo (a) triste o deprimido por su enfermedad?				
13	¿Ha observado a su hijo (a) con conductas de rebeldía para realizar sus controles de glucosa, o comer sus alimentos?				
14	¿Cree usted que luego del diagnóstico su Hijo (a) mantiene conductas negativas con su familia?				
15	¿Diría usted que luego del diagnóstico su hijo (a) ha mejorado su relación con toda la familia?				
16	¿Es el paciente más independiente luego del diagnóstico?				
17	¿Considera usted que su hijo (a) ha tomado una actitud positiva que se refleja en general en su conducta luego del diagnóstico?				
18	¿Es su hijo (a) capaz de controlar sus hábitos alimenticios para mantener controlados sus niveles de glucosa?				

19	¿Podría decir que su hijo (a) ha mantenido una conducta negativa durante los primeros meses luego del diagnóstico, en los cuales se niegue a aceptar su nueva condición?				
20	¿Ha escuchado a su hijo (a) haciendo comentarios negativos hacia sí mismo por padecer Diabetes Mellitus tipo 1?				
21	¿Su Hijo (a) ha llegado a renegar, hacer berrinches o incluso ha llegado a agredirlo a usted o alguna otra persona?				
22	¿Ha hecho su hijo (a) preguntas sobre el nuevo estilo de alimentación que debe llevar ahora, luego de que haber sido diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 1?				
23	Ha podido percatarse si su hijo (a) alguna vez ha omitido su o disminuye la dosis de insulina para tratar de disminuir el peso asociado al tratamiento?				

¡Gracias por su Colaboración!



**CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR POSIBLES ALTERACIONES
CONDUCTUALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES RECIENTEMENTE
DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1**

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de preguntas, por favor marca con una **X** la respuesta que más se asemeje a tu situación actual en relación a tu actual condición con la Diabetes Mellitus tipo I

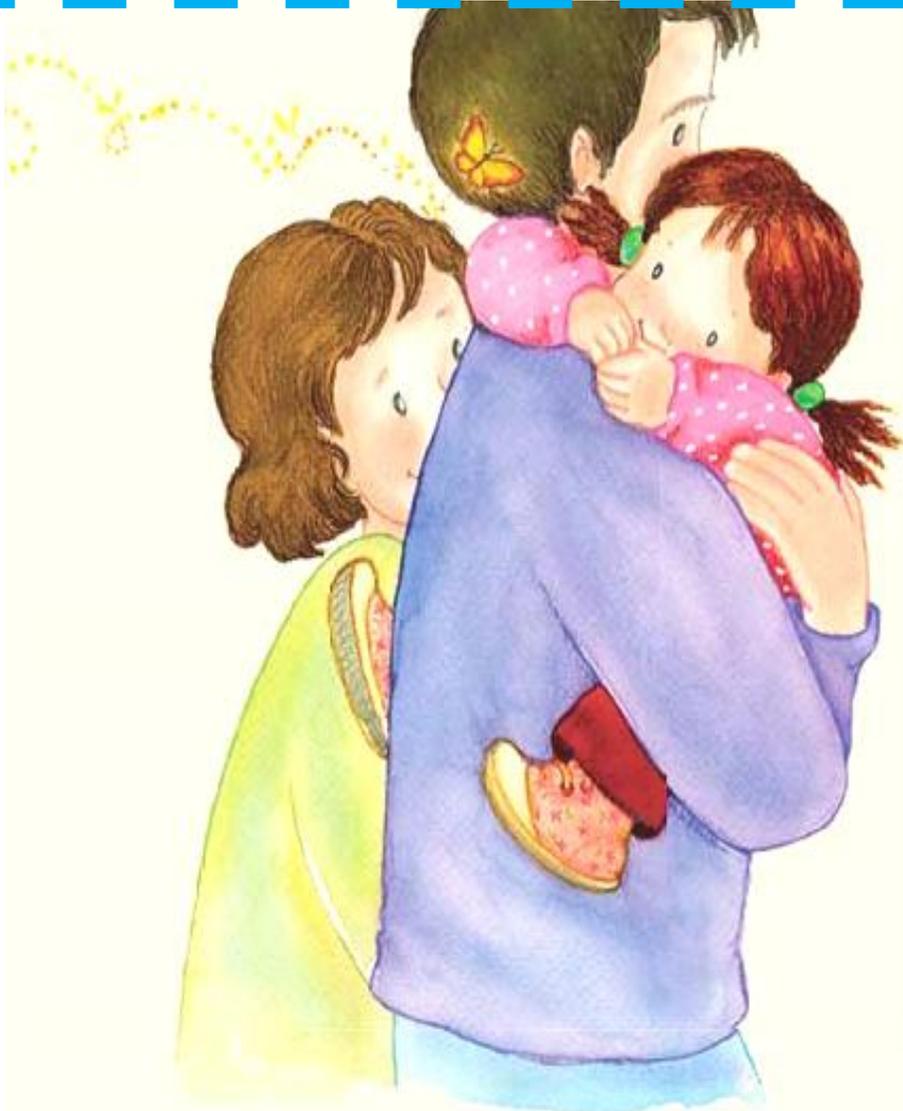
		Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Todo el tiempo
1	A partir del diagnóstico, ¿Consideras que la comunicación que estableces con tus padres ha tenido algún tipo de dificultad?				
2	¿Crees que en algún momento has llegado a aislarte de tu familia?				
3	¿Consideras que tienes la suficiente confianza como para decirle a tus padres que no te sientes bien?				
4	¿Alguna vez no realizaste tus mediciones de glucosa a tiempo y luego dijiste que si lo hiciste? es decir ¿Ocultaste el no haberlo hecho?				
5	¿Crees que tus padres te cuidan y están más pendientes de ti que de otro miembro de tu familia?				
6	¿Consideras que tus padre te sobreprotegen?				
7	¿Consideras que luego de haber sido diagnosticado, te has vuelto más dependiente de tus padres?				

8	Luego del diagnóstico, ¿Crees que has tenido momentos en los que no controlas tu enojo en casa o en tu escuela o colegio?				
9	¿Tener Diabetes es algo malo?				
10	¿Tienes problemas para hacer nuevos amigos o mantener a tus amigos en la escuela o colegio?				
11	¿Comes cosas a escondidas que sabes que pueden hacerte daño?				
12	¿Te has sentido triste o desanimado debido a que tienes Diabetes?				
13	¿Alguna vez has reaccionado con rebeldía cuando tienes que comer o hacer tus controles de glucosa?				
14	¿Consideras que luego de saber que tienes Diabetes te has comportado mal con tu familia? es decir. ¿Te molesta estar con ellos?				
15	¿Consideras que luego saber que tienes Diabetes, has mejorado tu relación con tu familia?				
16	¿Crees que ahora eres más independiente que antes de saber que tienes Diabetes?				
17	¿Consideras que ahora tu actitud es más positiva que antes de saber que pasaba contigo?				
18	¿Eres consciente de que algunas comidas te hacen daño, y controlas tus ganas de comerlas para no sentirte mal?				

19	¿Crees que los primeros meses luego de saber que pasaba contigo, te comportabas de una manera negativa y no querías aceptar que tenías Diabetes?				
20	¿Te has dado cuenta si haces comentarios negativos hacia tí mismo por padecer Diabetes Mellitus tipo 1?				
21	¿Recuerdas si has llegado a renegar, hacer berrinches, o a golpear u ofender a alguien más o a ti mismo?				
22	¿Frecuentemente haces preguntas sobre el tipo de alimentos que puedes comer y los que no puedes comer ahora?				
23	Has alguna vez omitido o disminuido tus dosis de insulina para tratar de no ganar más peso del que tienes actualmente?				

¡Gracias por tu Colaboración!

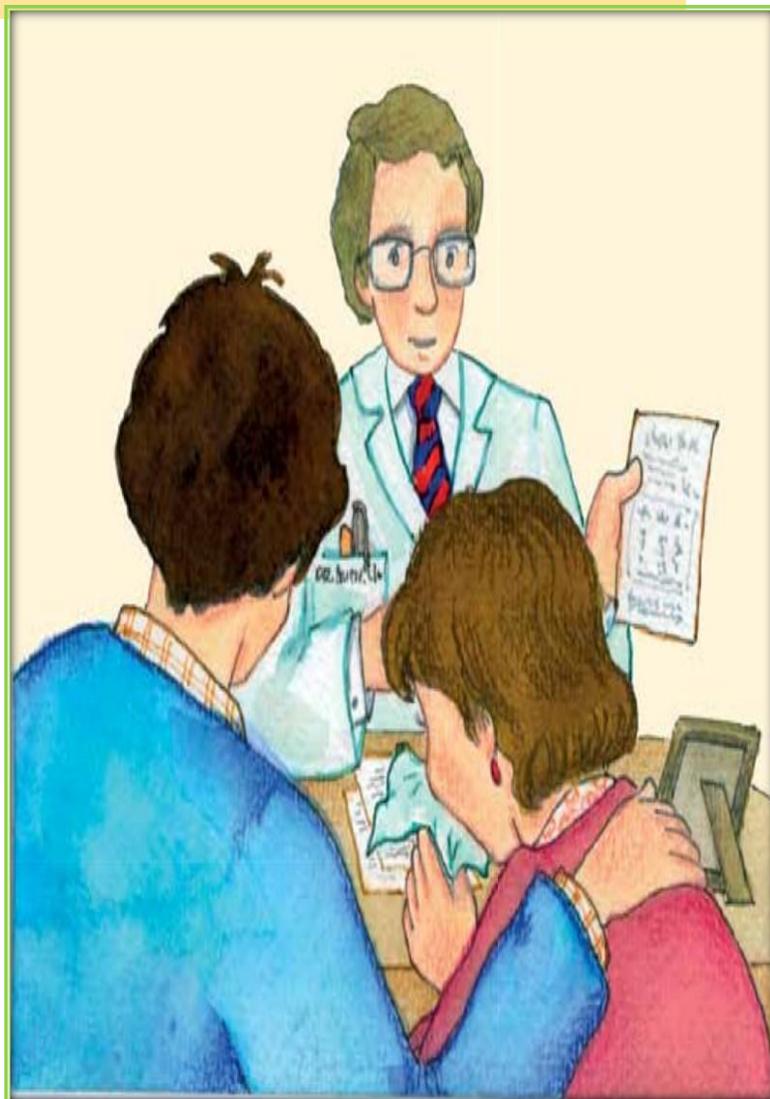
Conviviendo con la Diabetes



**Manual Informativo y de apoyo psicológico para
padres**

Presentación

El diagnóstico de diabetes tipo 1 (DM1) es un acontecimiento generalmente súbito e inesperado, que además de afectar física y psicológicamente a niños y adolescentes, viene a trastornar todo su entorno familiar empezando por los padres quienes reaccionan de diversas, aunque bastante reconocidas maneras, marcadas por sentimientos



que se caracterizan por su presentación generalmente de forma repentina, provocando una serie de sentimientos que inician con un estado incredulidad ante el diagnóstico, aturdimiento, desesperanza, sensación de temor e incapacidad para afrontar y enfrentar los retos que significa y los cambios en todo sentido que, como consecuencia, vienen junto al diagnóstico. Es normal y razonable experimentar de manera drástica el



hecho de que su vida ha cambiado radicalmente y en ese sentido, nada más cierto, pues en definitiva, los cambios y las adaptaciones por hacer son inevitables y es común que se lancen a la búsqueda de información, a veces no profesional, que puede confundir y abrumarlos aún más. Por consiguiente es necesario y muy reconfortante hacerles sentir que no están solos ya que la manera en que se recibe y se asume el diagnóstico va a influir en la evolución en el corto y largo plazo, siendo esta una situación con la que hay que aprender a convivir y de aquí el nombre de este pequeño manual que pretende ayudar a los padres de niños y adolescentes con diagnóstico reciente de Diabetes Mellitus, a encontrar respuestas necesarias para aceptar, enfrentar, y manejar este nuevo escenario de la vida diaria. Con toda mi esperanza puesta en su capacidad para asimilar esta nueva etapa en sus vidas, deseo que puedan encontrar en su lectura algunas luces que alumbren el camino complicado y difícil que supone convivir con la enfermedad.

Gracias por darme la oportunidad de ayudarles. Así pues, ánimo y muchos éxitos.

Licda. Danissa María Oliva

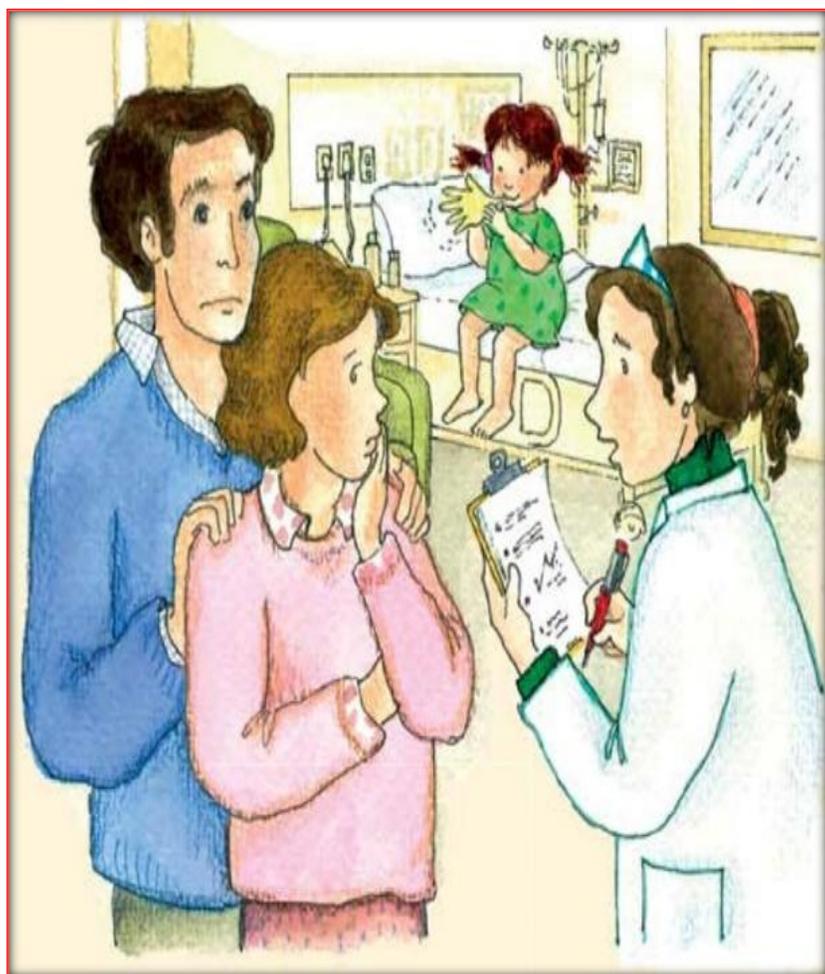
Psicóloga Clínica

Objetivos

- Informar a los padres de niños y adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1, sobre el proceso de aceptación y adaptación a este nuevo estilo de vida.
- Proporcionar apoyo psicológico por medio la lectura del manual.
- Concientizar a los padres sobre las alteraciones en la conducta que se presentan en los niños recientemente diagnosticados con este padecimiento
- Alentar las familias a buscar apoyo por parte de profesionales de la salud mental para hacer del proceso inicial un periodo más agradable.
- Informar a personas interesadas sobre el tema de DM1 acerca del proceso de cambio por el que pasan las familias que se encuentran en una situación difícil de afrontar

El Diagnóstico. . . ¿Y ahora qué?

El médico te ha informado que tu hijo o hija tiene Diabetes Mellitus tipo 1. Te



ha explicado las causas, las manifestaciones clínicas, los hallazgos de laboratorio y la evolución que se espera en términos de estabilización y manejo de eventuales complicaciones.

Te ha dado mucha información en poco tiempo y te ha cambiado la vida para siempre.

Imagen tomada de: Manual Nuestro Hijo con Diabetes, Ilustración Soledad Folch Chile, 2015

A pesar de que algo has oído, aun no terminas de entender, mucho menos de aceptar que tu hijo o hija sufre de esa enfermedad mientras todos en el hospital o en la clínica intentan hacerte sentir que no es lo más terrible que pudo haberte pasado, que es una enfermedad que si bien es caracterizada por su cronicidad y que implica mucha dedicación en cuanto a tiempo así como inversión económica que puede ser cuantiosa, aún pueden llevar una vida lo más cercano a lo normal.

Es aceptable ese sentimiento de impotencia que ahora tienes y seguramente te preguntarás: ¿qué hice o hicimos mal? El sentimiento de culpa es inevitable, aunque en modo alguno aceptable. También quizá te cuestiones: **¿Es esto un castigo divino? ¿Por qué a nosotros? Por qué a mi hijo?** Quizá dudes del diagnóstico y quieras que alguien más revise a tu niño o niña? Habla con el médico, plantea tus inquietudes, seguramente él o ella te ayudará a aclarar muchas dudas, busca además ayuda profesional para apoyo psicológico del niño o niña así como para tí, tu pareja y el resto de la familia. La diabetes es una enfermedad con la que hay que aprender a convivir y esto incluye a toda la familia e incluso al ámbito escolar y comunitario. Rodéate de gente positiva y elude a quienes, quizá con buena intención pero mal informados puedan proponerte hacer procedimientos no recomendados y que pueda implicar riesgo para la salud de tu hijo o hija. Infórmate a través de fuentes confiables.

Imagen tomada de: Manual Nuestro Hijo con Diabetes, Ilustración Soledad Folch Chile, 2015



No Están Solos...

Algo que debes saber es que la Diabetes tipo 1 no es una enfermedad rara

ni mucho menos desconocida. Son muchas las familias que reciben esta noticia en todo el mundo y como es natural, el miedo a pensar qué sucederá con la vida de sus hijos en el futuro es una de las interrogantes más usuales y que más sentimientos de angustia provocan.

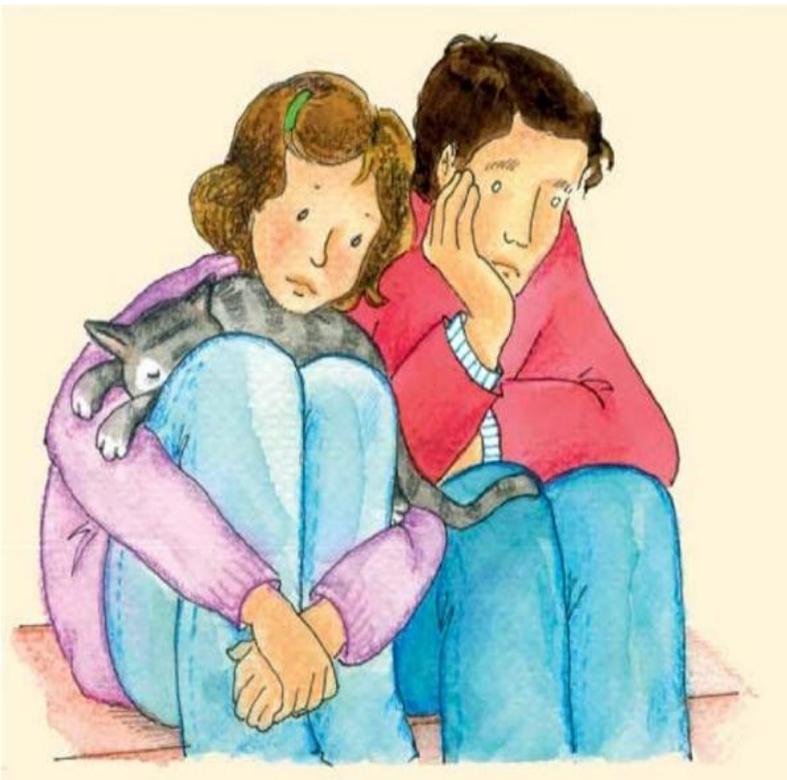


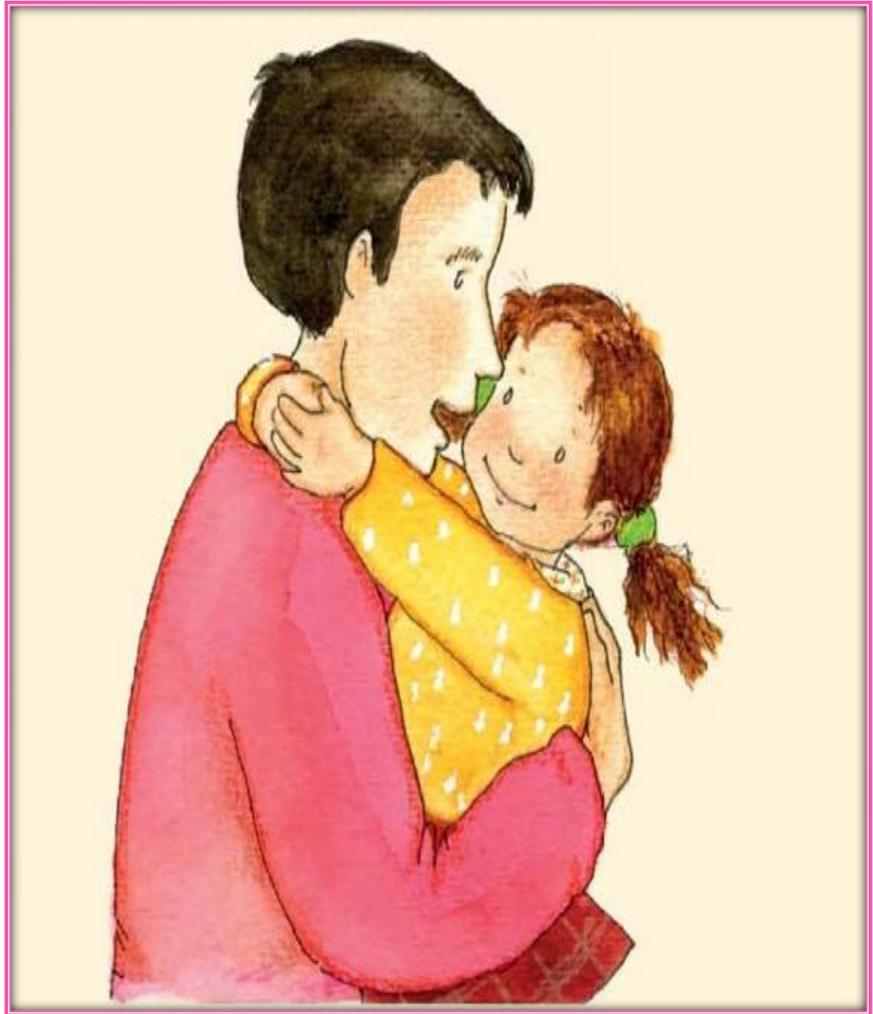
Imagen tomada de: Manual Nuestro Hijo con Diabetes, Ilustración Soledad Folch Chile, 2015

Ten presente que **“Nada de lo que hiciste o dejaste de hacer”** tiene relación con la aparición de la diabetes en tu hijo, ni tampoco es algo que hubieras podido evitar. Desecha el sentimiento de culpa ¿pues Ni tú ni nadie es culpable de su llegada. Lo importante es saber actualmente hay suficiente experiencia no sólo en el diagnóstico sino en el tratamiento, así como en la prevención y manejo de las complicaciones. No hay razón para pensar que tu hijo no pueda desarrollarse como cualquier otro niño, aunque es inevitable pensar y sobretodo aceptar que sí habrá algunas limitantes

Es preciso que ambos padres y la familia intenten tranquilizarse ya que el tratamiento de la diabetes ha avanzado de manera impresionante en los últimos años. Estos avances permiten que los niños con

Diabetes puedan llevar una vida similar a la de otros niños y

jóvenes. Hay muchos mitos sobre la diabetes y en la actualidad la mayoría no tienen ningún fundamento científico.



Las personas con diabetes pueden jugar, ir a cumpleaños, comer casi de todo, hacer deportes y divertirse. La clave está en aprender cómo y para eso, es necesario informarse suficiente y adecuadamente y aprovechar los grupos de apoyo que además se constituyen en importante fuente de empuje para mantenerse a flote y seguir adelante

Habr  algunos cambios inevitables

Es muy importante tomar en cuenta que, inevitablemente habrá algunos cambios en los hábitos y la rutina familiar a los cuales tanto el niño afectado por diabetes como la familia deberá ajustarse.



Imagen tomada de: Manual Nuestro Hijo con Diabetes, Ilustración Soledad Folch Chile, 2015

La manera en que sean manejados estos nuevos cambios es lo que va a determinar la relación que tanto los padres, el niño como el resto de la familia establezcan entre sí y con la enfermedad. Si se ve como un drama, se convertirá precisamente en drama, sin embargo, visto como lo que es: una situación difícil, se verá como algo a lo que poco a poco todos se irán

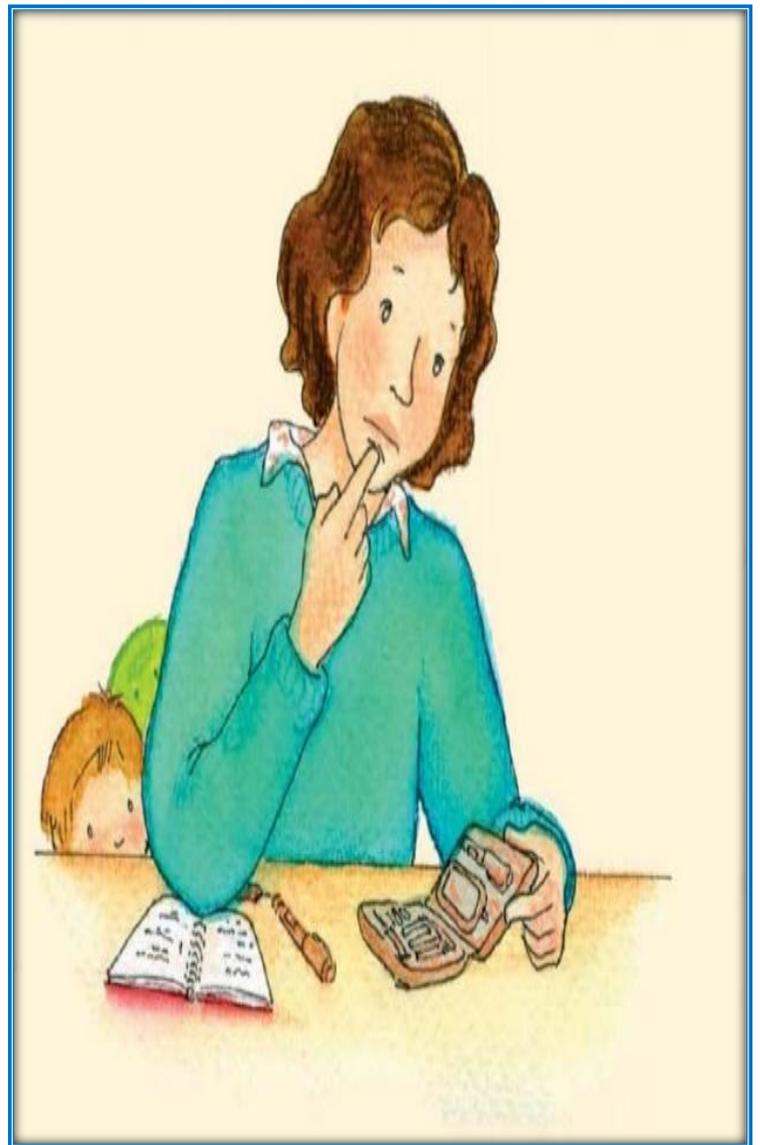
acostumbrando. Este proceso por lo general toma alrededor de un año en promedio.

Tareas rutinarias de la casa como por ejemplo la atención de pequeñas mascotas, son no sólo inofensivas sino deseables para que el niño no se sienta marginado y pueda mantener una sana interrelación con los

hermanos y el resto de la familia.

Aprender el uso de los aparatos para medición del nivel de azúcar sanguínea y su interpretación es una tarea que al principio podrá generar alguna incomodidad, pero con el tiempo incluso el niño es capaz de aprender a hacer sus controles e identificar situaciones de riesgo. Tranquilos...No es tan complicado.

Imagen tomada de: Manual Nuestro Hijo con Diabetes, Ilustración Soledad Folch Chile, 2015



Las compras cotidianas ya no solo incluirán la etiqueta del precio, sino que ahora también los ingredientes para asegurarte que tu hijo consuma alimentos de calidad y en cantidad apropiada. Además de que ahora el presupuesto familiar deberá incluir también tanto los aparatos como las tiras para medir el nivel de azúcar en la sangre y por supuesto la insulina y las jeringas apropiadas. Tendrás que aprender no solo a medir el azúcar, sino también a inyectar la cantidad correcta de Insulina que el médico te indique, así



como alentar al niño a aprender y practicar las prácticas de autocontrol y autocuidado.

No te angusties. Es comprensible que puedas sentirte abrumada con todas las tareas extras y conocimientos nuevos que hay que aprender, pero poco a poco las irás realizando con la mayor naturalidad hasta que finalmente

llegarán a formar parte de la cotidianidad. Es normal que al principio cause cierto grado de dificultad aprender a manejar tanta información.

No te preocupes, poco a poco irás desarrollando nuevas habilidades y destrezas como producto del conocimiento y la práctica, las dudas se irán aclarando y finalmente todo tendrá sentido.

En el proceso de ir aprendiendo y adaptándote a este nuevo modo de vida, es razonable pasar por un proceso en el que tus pensamientos y sentimientos experimentaran cambios. Al principio la noticia suele ser muy

impactante y difícil de creer y aceptar. Es natural que te sientas confundido y que experimentes pensamientos como: **“Esto no puede estar ocurriendo”** o **“Es en una**

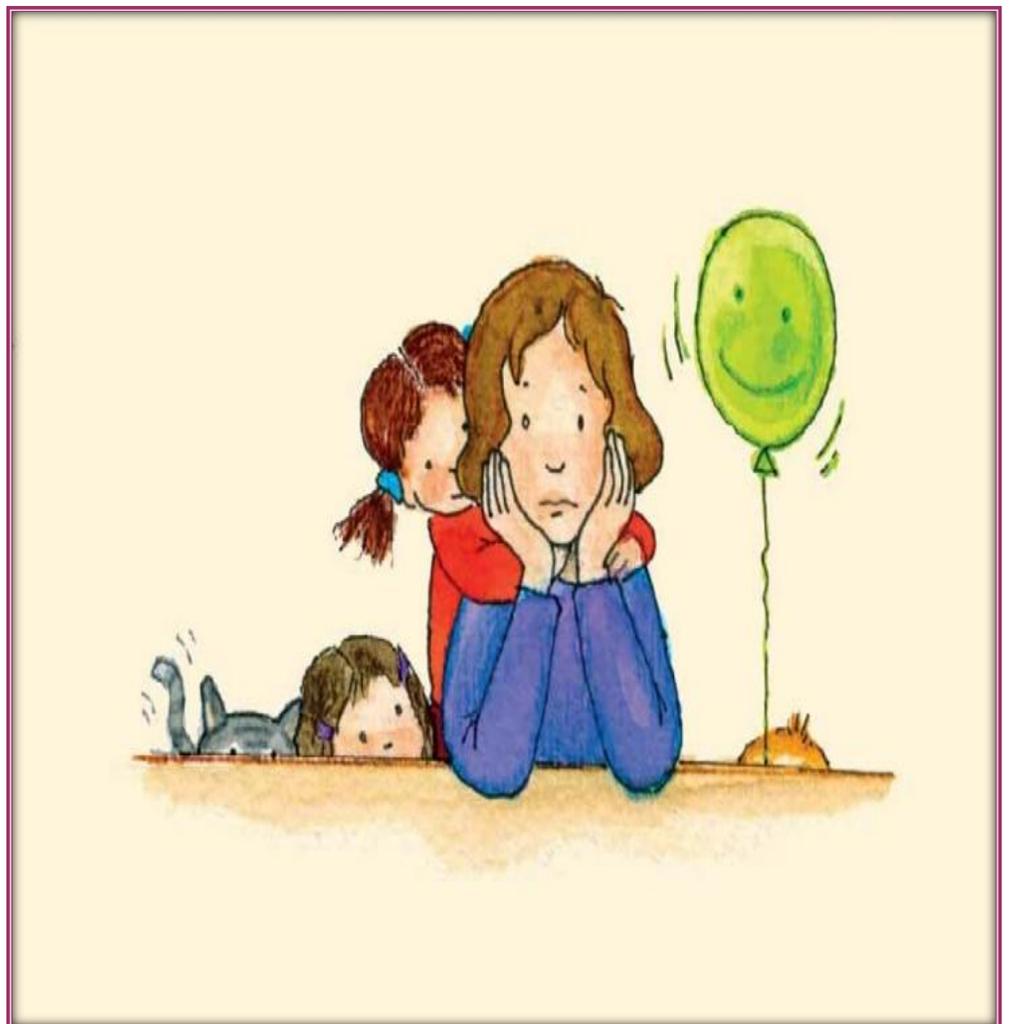




Ilustración Soledad Folch Chile, 2015

pesadilla”, además de preguntas como **“¿por qué le tocó a mi hijo y no a mí?”**

No faltarán las dudas y los temores anticipados frente a lo que podría o no suceder a futuro con la enfermedad y si habrá o no alguna complicación.

Imagen tomada de: Manual Nuestro Hijo con Diabetes,

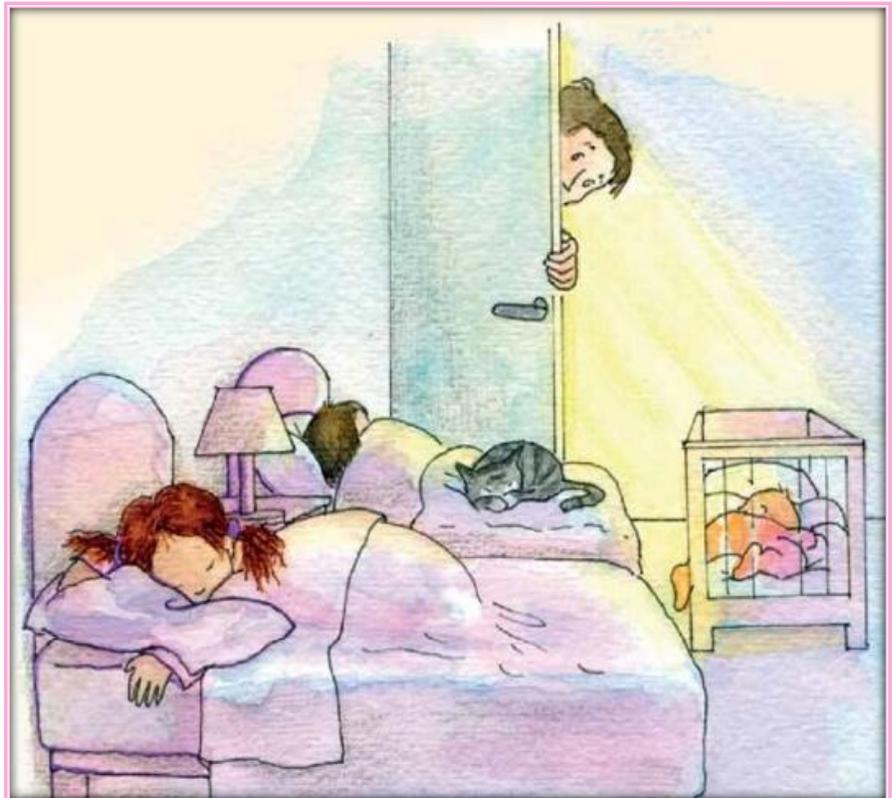
Esto es muy común y razonable. Es inevitable la angustia ante la posibilidad de una elevación o una disminución en el nivel del azúcar en la sangre y es probable que hasta llegues a dudar sobre la mejor manera de intervenir. Esto es común al principio pues te estás haciendo cargo de la toma de decisiones en una situación que podría ayudar, pero eventualmente complicar el estado de la enfermedad. Poco a poco irás adquiriendo la experiencia suficiente para

manejar esas situaciones que parecen tan difíciles. No dudes en apoyarte

También es muy importante ir reconociendo cuáles son las creencias, miedos y mitos asociados al diagnóstico, ya que a veces los miedos se fundan en supuestos y creencias erróneas sobre la vida con diabetes. Es fundamental aclarar esas dudas con personas cuyos conocimientos sobre el tema provengan de fuentes científicas y confiables.

en el médico en caso lo consideres necesario y prudente.

Es probable que tengas problema para conciliar el sueño y que algunas noches sientas la necesidad de levantarte a mirar a tu hijo asegurarte que se encuentra bien. Tal vez te sientas más irritable o sensible que de costumbre y que muchas veces te den ganas de llorar. Esto



suele suceder con mayor intensidad durante los primeros días luego de saber el diagnóstico.

Es muy importante poner atención a todas estas nuevas emociones que irás experimentando, reconociendo y aceptando que hay una situación nueva que ha venido a cambiar tu vida y que no se resolverá con tratar de negarla y mucho menos ignorarla; la tristeza, amargura y desilusión que se experimentan es todo parte de un proceso normal, producto de la sensación de que tu hijo ya no parece ser la persona sana que era antes. Con el tiempo te irás dando cuenta que la Diabetes no es una total limitante para poder tener una vida saludable, con algunas restricciones y controles que son necesarios aceptar para ayudar a tu hijo a que también acepte y maneje la nueva situación.

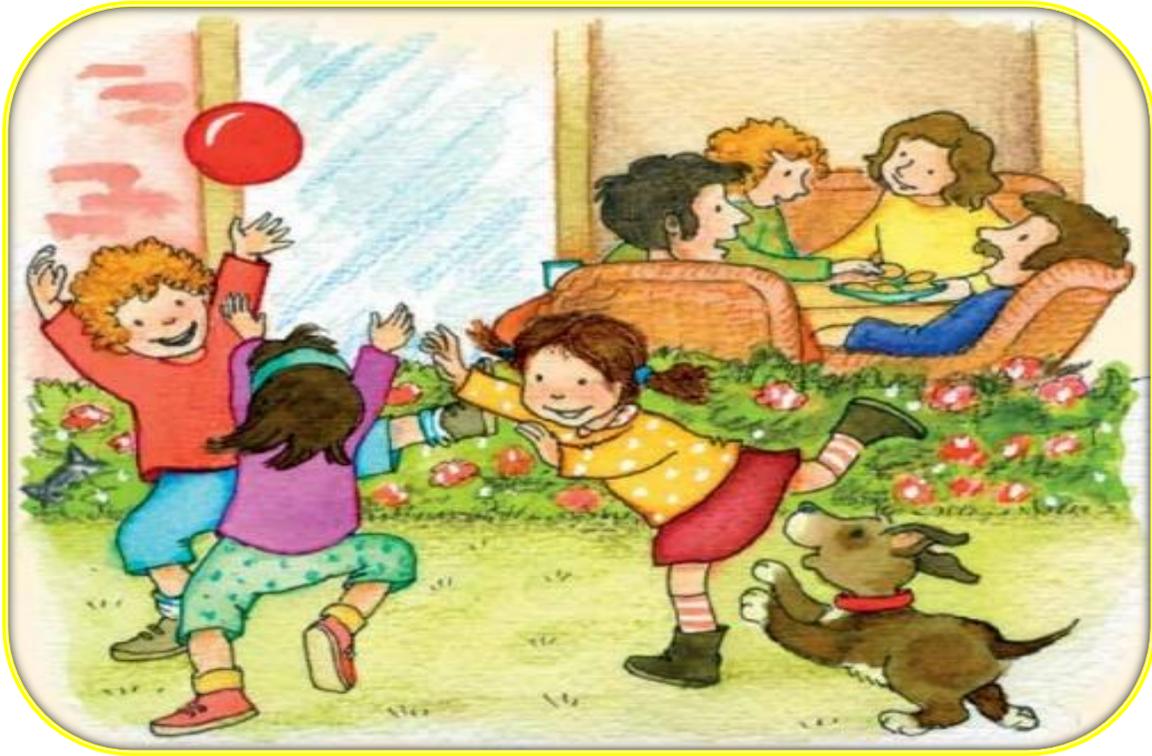


Imagen tomada de: Manual Nuestro Hijo con Diabetes, Ilustración Soledad Folch Chile, 2015



Aprovecha para conversar y rodearte de personas que puedan escuchar y entender tus sentimientos ya que seguro necesitarás ayuda de personas confiables y con conocimientos profesionales sobre el tema

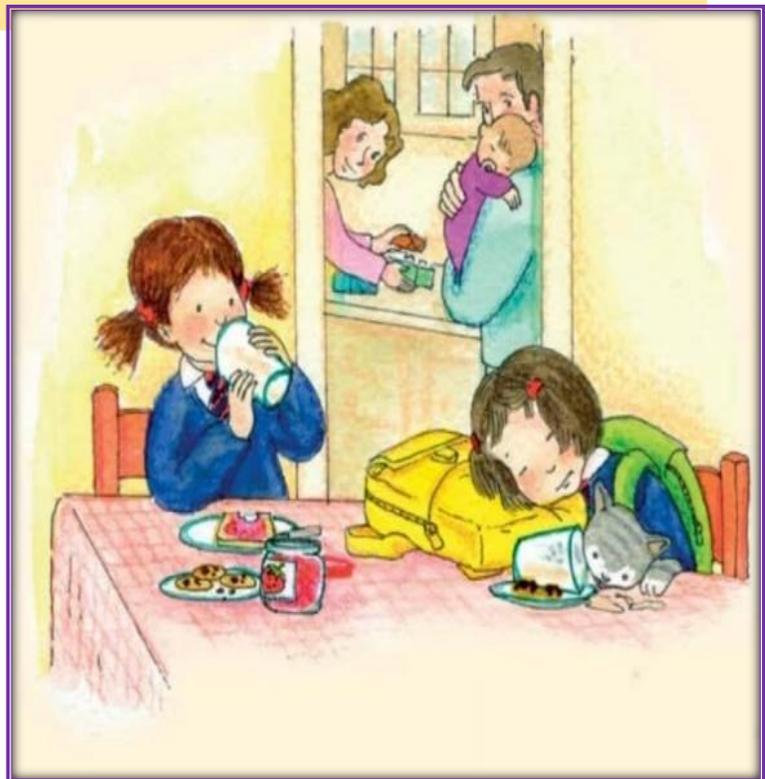
La permanente preocupación por el bienestar de tu hijo te llevará incluso a limitarle algunas actividades que los niños que no tienen la enfermedad hacen libremente y que tu hijo quizá también hacía. Te resultará difícil dar el permiso para que asista a lugares donde antes no tenías problema. La sobreprotección en esta etapa es un fenómeno común y se relaciona con el hecho de que hay situaciones que ni tu ni tu hijo saben aún cómo enfrentar. Quizás sientas que estás permanentemente preocupado por el bienestar de tu hijo y que ahora te cuesta darle permiso para que vaya a lugares que antes no tenías problema. Todo este proceso es normal y toma

un poco de tiempo superarlo, pero no te desanimes! , seguramente encontrarán la manera de salir adelante.

El diagnóstico de Diabetes implica, necesariamente, una serie de cambios que incluye incluso modificar los roles y hábitos familiares. Es inevitable que algunas personas comiencen a estar muy pendientes, viviendo completamente en función de la diabetes, para sentir que tienen todo bajo control.

A medida que pasen los días y vayas aprendiendo de la convivencia diaria

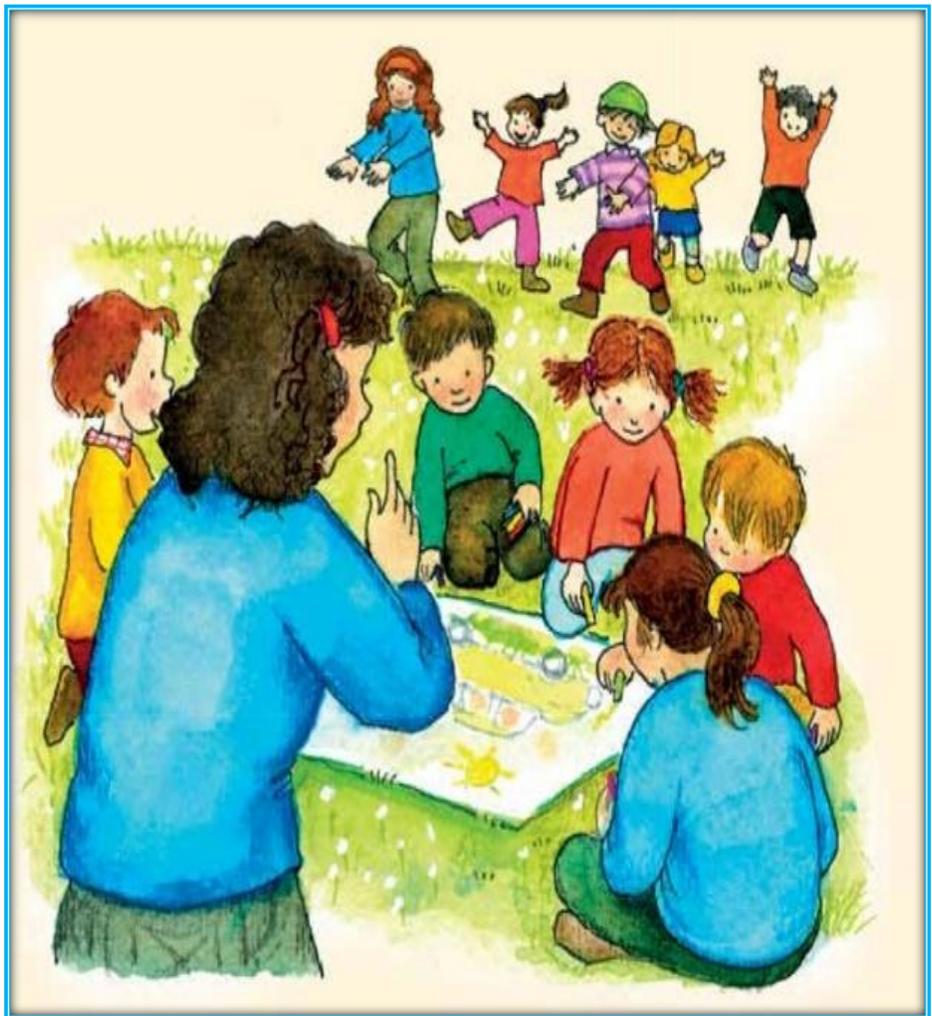
con la enfermedad, tus inquietudes se irán centrando más en cómo ir realizando los cambios necesarios para poder manejar no sólo la Diabetes sino todas las modificaciones que inevitablemente deberán hacerse y que te permitan manejar la



enfermedad y poder seguir adelante con una vida lo más cercano a lo normal aunque algunas reglas hayan tenido que cambiar afectando, inevitablemente la dinámica familiar e incluso las maneras de la convivencia en los ámbitos escolar y las relaciones interpersonales.

Durante todo este proceso, que dura aproximadamente un año o más, las personas van aceptando la diabetes como parte de su día a día. Se ordenan los roles familiares y cada uno sabe de qué debe hacerse cargo

respecto al tratamiento. Lo esperable es que durante este tiempo, te vayas dando cuenta que la diabetes es parte de la vida de tu hijo, pero no es lo único que lo define.



Muy importante es que sepas y sientas que no estás sólo en este proceso ya que, como tú, hay muchos otros que necesitan o han necesitado apoyo para poder aprender, desahogarse y compartir experiencias. De ahí la importancia que conozcas y estés en contacto con otros padres que ya hayan enfrentado este diagnóstico. Y que también tu hijo pueda compartir con otras personas que tienen la misma condición. Así, se dará cuenta en la práctica, de que no es sólo él quien vive este proceso, sino que hay otros que tienen las mismas rutinas de cuidado y autocontrol asociado a la Diabetes.



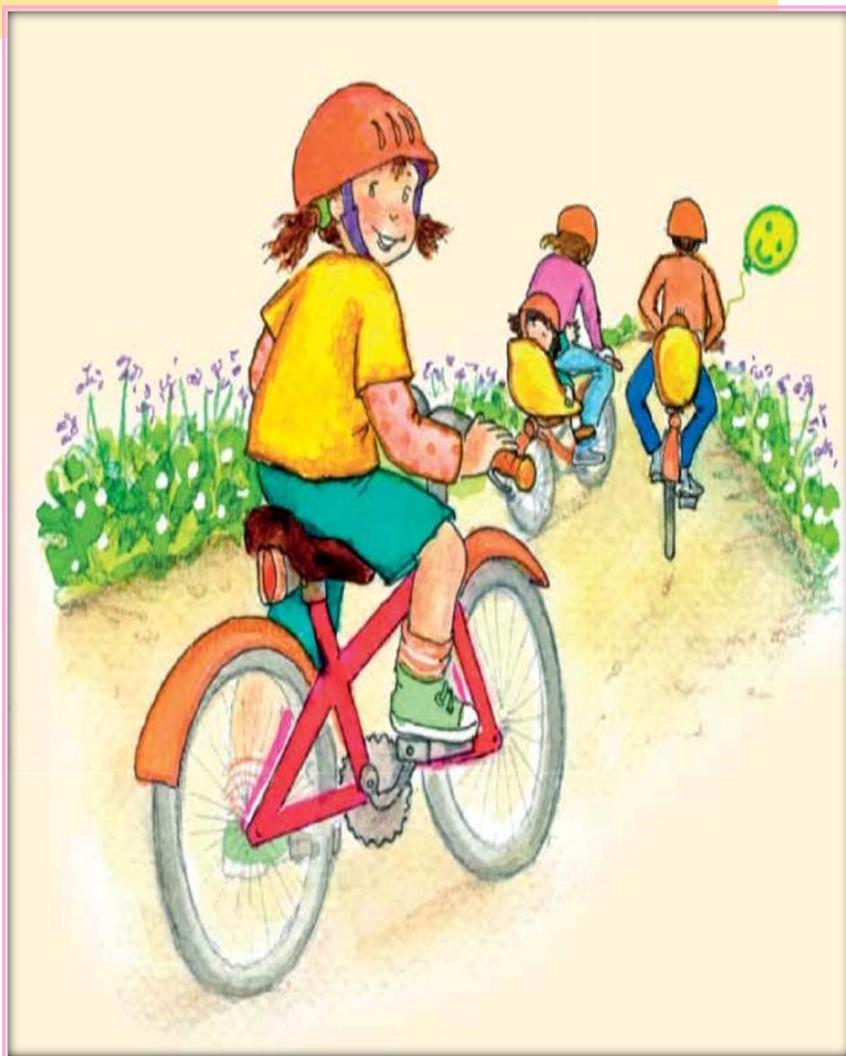
Imagen tomada de: Manual Nuestro Hijo con Diabetes, Ilustración Soledad Folch Chile, 2015

Y al Final.... ¡Todo Va a Estar Bien!

Con el tiempo el apoyo y los cuidados adecuados, se irán dando cuenta que la diabetes puede llegar a ser una condición de vida que impone ciertas reglas, pero que no va a limitar el desarrollo ni la felicidad de su hijo. Gracias por dejarme acompañarlos durante el recorrido de estas páginas que espero hayan sido de gran ayuda, nunca se sabe a dónde nos lleva la vida, sin embargo la manera en como afrontamos las situaciones ¡hace la

diferencia! Adelante con pasos firmes, es probable que en éste momento todo se vea gris, pero en un tiempo sólo verán ésta etapa como un período de aprendizaje y de crecimiento personal y familiar.

¡Es momento de Convivir con la Diabetes!



Algunas Recomendaciones

- No dudes en pedir ayuda a tus cercanos o a un profesional si lo necesitas. La diabetes es un largo viaje que se puede hacer sin compañía, pero, para que sea de calidad, es recomendable dejar que otros colaboren. La responsabilidad final es tuya y de tu hijo, pero no estás solo en este camino.
- Genera apoyo en el grupo familiar. El diagnóstico de diabetes es un asunto que requiere la dedicación y ayuda de toda la familia. El modo en que la familia se involucre en el tratamiento y cuánto se impliquen los distintos miembros, tendrá distintas consecuencias en etapas posteriores de la vida con diabetes. Es recomendable que todos participen.
- Permítete cometer errores. Aunque se conozca “todo” sobre diabetes, es difícil que nunca te equivoques. Cuando eso ocurra, es importante perdonarse. Dirigir el enfado contra ti mismo o tu hijo no ayuda a analizar la causa para corregirlo.
- Es importante aprender de la experiencia e intentar entender qué es lo que se debe mantener o cambiar para que no suceda constantemente. Muchos de los aprendizajes en diabetes se realizan a través del “ensayo y error”.