

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Post Grado
Programa de Magíster Psicología Infanto Juvenil



**SALUD MENTAL, FACTORES PSICOLOGICOS Y FAMILIARES EN NIÑOS
DIABETICOS TIPO 1 ENTRE LOS 8 Y LOS 12 AÑOS QUE VIVEN EN LA V
REGIÓN**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Infanto-Juvenil

Alumna: Karen Baeriswyl
Profesor Director: Maria Elena Montt
Asesor Metodológico: Iris Gallardo

2007

*A mi marido Sebastian por su paciencia, cariño y apoyo
incondicional*

A mi madre Cory a quien siempre llevo conmigo

Agradecimientos

Quiero agradecer a Maria Elena Montt por su generoso apoyo y dirección durante la realización de este trabajo y a Iris Gallardo por su guía en la metodología de esta tesis.

A la Fundación de Diabetes Juvenil V Región por su valioso aporte, quienes accedieron a contactar a los niños que participaron en este estudio.

También quisiera agradecer a la Dra. Vinka Giadrosich por su desinteresada ayuda, la cual fue muy importante para la realización de esta investigación.

Y a todos los niños y sus madres que participaron en forma voluntaria.

Índice

I. Introducción	1
II. Marco Teórico	5
2.1. Modelo Biopsicosocial	5
2.1.1. El concepto de enfermedad según Engel	6
2.1.2. Desarrollo psíquico	7
2.2. Diabetes Mellitus	8
2.3. Diabetes tipo 1	9
2.3.1. Epidemiología	9
2.3.2. Manifestaciones Clínicas	10
2.3.3. Etiología	11
2.3.4. Tratamiento Médico	13
2.3.5. Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 1	16
2.3.5.1. Complicaciones metabólicas agudas	16
2.3.5.2. Complicaciones metabólicas crónicas	18
2.3.6. El tratamiento de la diabetes en Chile	20
2.4. El niño con diabetes	21
2.4.1. Etapa de la niñez tardía y diabetes	22
2.4.1.1. Desarrollo Cognitivo en la niñez tardía	22
2.4.1.2. Desarrollo Emocional en la niñez tardía	23
2.4.2. Desarrollo Psicosocial	24
2.4.2.1. El desarrollo psicosocial y el niño con diabetes	26
2.4.2.1.1. Autonomía	26
2.4.2.1.2. Adaptación social e Inteligencia Social	28
2.4.2.1.3. El vivir con diabetes durante la etapa escolar	32
2.4.3. Autoestima	33
2.4.3.1. Autoconcepto y autoestima	33
2.4.3.2. Autoestima y desarrollo evolutivo del niño	34
2.4.3.3. Autoestima e interacción con otros	35
2.4.3.4. Autoestima y escolarización	36
2.4.3.5. Autoestima y diabetes	37
2.5 Familia y Enfermedad Crónica	39
2.5.1. Salud mental del cuidador	39
2.5.2. Funcionamiento Familiar y enfermedad crónica	42
2.5.3. El diagnóstico de la enfermedad y su impacto en la familia	44
2.5.4. La vivencia de la enfermedad	45
2.5.5. Impacto de la enfermedad en los subsistemas familiares	47
2.5.5.1. Los padres del niño diabético	47
2.5.5.2. Los hermanos del niño diabético	48
2.5.6. Criticismo al interior de la familia	49

2.6 Salud Mental y Diabetes tipo 1	51
2.6.1 Problemas de salud mental en personas diabéticas	52
2.6.2. Control metabólico y trastornos psiquiátricos	54
2.6.3. Depresión y diabetes	55
2.6.3.1. Depresión	57
2.6.3.2. Cuadro clínico y sintomatología	59
2.6.3.3. Factores de riesgo en el desarrollo de depresión	62
2.6.3.4. Factores de riesgo en el desarrollo de depresión en niños diabéticos	63
2.6.3.5. Duelo y enfermedad	63
2.6.4. Ansiedad y diabetes	68
2.6.4.1. Ansiedad	70
2.6.4.2. Ansiedad, angustia y miedo	72
2.6.4.3. Ansiedad estado y ansiedad rasgo	72
2.6.4.4. Cuadro clínico y sintomatología	73
2.6.4.5. Factores de riesgo en el desarrollo de trastornos ansiosos	74
2.6.4.6. Factores de riesgo en el desarrollo de ansiedad en niños diabéticos	75
III. Metodología	76
3.1. Objetivos	76
3.2. Hipótesis	77
3.3. Diseño	78
3.4. Muestra	78
3.4.1. Tamaño de la muestra	79
3.4.2. Forma de extracción de la muestra	79
3.4.3. Grupo niños diabéticos	80
3.4.4. Grupo Control (niños sin diabetes)	81
3.5. Instrumentos	82
3.6. Procedimiento	93
3.7. Variables del Estudio	96
IV. Resultados	101
4.1. Factores Psicológicos	101
4.1.1. Desarrollo Psicosocial	101
4.1.2. Autoestima	106
4.2. Factores Familiares	108
4.2.1. Salud Mental del cuidador	108
4.2.2. Funcionamiento Familiar	110
4.2.3. Criticismo	113
4.3. Salud Mental	117
4.3.1. Depresión	117
4.3.2. Ansiedad	119
4.3.3. Problemas Conductuales	121
4.4. Factores psicológicos y familiares asociados a sintomatología depresiva y ansiosa en niños diabéticos	126
V. Discusión de los resultados	130
VI. Conclusiones	157
Bibliografía	160
Anexos	188

Anexos

Resumen

La presente investigación pretende contribuir al conocimiento de factores psicológicos (desarrollo psicosocial y autoestima), familiares (salud mental del cuidador, funcionamiento familiar y criticismo) y salud mental (trastorno depresivo y sintomatología ansiosa) de niños diabéticos tipo 1 entre 8 y 12 años, que residen en la V Región. **Metodología:** Se seleccionó aleatoriamente una muestra de 23 niños que presenta diabetes mellitus tipo 1 incluyendo a su cuidador principal y se comparó salud mental, factores psicológicos y familiares con un grupo control, además se identificaron factores asociados a sintomatología ansiosa y depresiva en niños insulino dependientes. Como método de evaluación se empleó cuestionarios, los que fueron aplicados a los niños y sus cuidadores. **Resultados:** Los niños diabéticos en comparación con el grupo control presentaron un menor desarrollo psicosocial y nivel de autoestima. Los cuidadores de niños diabéticos mostraron más dificultades de salud mental, observándose más disfunción familiar y criticismo en las familias de niños insulino dependientes. Los niños diabéticos exhibieron más sintomatología ansiosa, sin apreciarse diferencias en la presencia de trastorno depresivo. La sintomatología depresiva en el niño diabético se asocio en forma muy significativa a su autoestima y funcionamiento familiar. La sintomatología ansiosa (como rasgo) se correlacionó en forma muy significativa con autoestima, salud mental del cuidador y funcionamiento familiar. Al realizar modelos de regresión lineal múltiple se encontró que el 75,9% de la sintomatología depresiva se explica por el nivel de autoestima y desarrollo psicosocial del niño diabético. En ansiedad rasgo el 61% del comportamiento de la variable se encuentra explicado por la autoestima del escolar. **Conclusión:** La diabetes puede contribuir a la iniciación, desarrollo y mantención de dificultades emocionales en el niño y su familia, observándose que la autoestima es una variable explicativa de la sintomatología ansiosa y depresiva en el niño diabético.

I. Introducción

La diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad crónica que afecta alrededor de 1030 niños menores de catorce años en nuestro país (Ministerio de Salud, 2005), presentando una incidencia que durante los últimos años ha aumentado progresivamente (Oyarzún, Santos, Carrasco, Albala, Salinas & Pérez, 2003).

Desde el modelo biopsicosocial la presencia de diabetes en el individuo no solo se centra en lo somático, sino que presenta interacción con la psiquis del niño. Conceptualizando la vivencia de enfermedad como una experiencia humana, que ejerce una relación recíproca con la biología del sujeto, su desarrollo psicológico, familiar y social.

La diabetes impacta la vida del niño y de aquellos que lo rodean requiriendo de adaptación y cambios permanentes, incorporando tareas y funciones que pueden consumir los recursos de la familia y afectar el desarrollo emocional del escolar.

El impacto de la diabetes interactúa con las actitudes de la familia, los miembros de la sociedad y del niño, en donde influye la etapa del desarrollo del paciente (Bilbeny, Droguett & Droguett, 1994). Esta investigación se centrará en la etapa de la niñez tardía, la cual es catalogada como fundamental para el desarrollo de habilidades prácticas y emocionales que permiten al sujeto y su familia sobrellevar la enfermedad, donde es importante conocer las dificultades que presenta tanto el niño como aquellos que lo rodean con la finalidad de tratarlas oportunamente (Silverstein, Klingensmith, Copeland, & Plotnick, 2005).

Dentro de los factores psicológicos vinculados a la presencia de diabetes por la literatura internacional, se incluyen el desarrollo psicosocial que el niño presenta y su nivel de autoestima.

Al evaluar los aportes entregados por las investigaciones es posible observar el interés que ha despertado en esta etapa el desarrollo psicosocial del niño con enfermedad crónica (Bijstra, Mellenbergh & Wolters, 2000; Snethen et al., 2004; Bussing & Aro, 1996). La diabetes ha sido catalogada como una enfermedad que fomenta la dependencia del escolar hacia los adultos que lo rodean (Munguía, 2005), observándose como una variable que requiere de mayor estudio, en especial por las consecuencias derivadas del desarrollo de la autonomía (Wiebe, et al. 2005).

La autoestima es otra de las variables que se aprecia con frecuencia en investigaciones, señalándose que el presentar el diagnóstico de diabetes podría llevar al niño a dudar de sí mismo (Juvenile Diabetes Research Foundation International, 2007; Muñoz y Vargas, 2004; Asociación Americana de Diabetes, 2005). La autoimagen es un aspecto importante de explorar, pues podría incidir en las relaciones que el niño establece con las personas que lo rodean, así como en su bienestar emocional (Navarro, 2004).

Los factores familiares también han sido indicados como un importante campo de estudio en las enfermedades crónicas (McClellan & Cohen, 2006; Rausch, 1995). Planteándose como necesario investigaciones que incorporen la relación existente entre los miembros del sistema familiar de niños diabéticos (Hood, 2006; Campbell & Patterson, 1995; Segura y Valdivia, 1995). Considerando variables como el funcionamiento familiar y criticismo.

De la misma manera Hood (2006) señala la importancia de conocer más respecto de la salud mental de las madres o cuidadores de niños insulino-dependientes, pues si bien, se observan estudios extranjeros que abordan esta temática (Santos et al 2006; Sullivan-Bolyai et al.; 2003; Kovacs et al., 1990; Zilinskieni, Sinkariova y Perminas, 2007), los autores coinciden en la necesidad de mayor investigación en esta área.

Es importante señalar que dentro de los estudios nacionales, se encontraron escasas investigaciones referidas a la familia de niños diabéticos.

La salud mental en niños y adolescentes diabéticos es otro de los aspectos señalados por la literatura internacional, nombrándose la depresión y ansiedad como los cuadros más prevalentes (Betschart, 2005; Hood, et al., 2006; Kovacs, 1990; Kovacs, 1997; Mrazek, 2004; Vila, 1999).

Si bien el estudio de sintomatología psíquica de personas con enfermedades crónicas ha sido investigado, según la literatura consultada, no se encontraron estudios referidos al tema en nuestro país, especialmente en niños diabéticos.

La presencia de sintomatología depresiva y ansiosa podría asociarse a factores psicológicos y familiares, los cuales influirían en la presencia de malestar emocional. La autoestima es una de las variables vinculadas en la literatura a sintomatología depresiva (Rutter, 2004; Moussa et al, 2005; Weinberg citado en Kowatch, Emslie & Kennard, 1998), de la misma manera el desarrollo psicosocial, específicamente la autonomía, también ha sido considerada por el

estudio de De Dios, et al (2003) como una variable que incidiría en la presencia de sintomatología emocional en personas insulino dependientes.

Factores familiares como el funcionamiento familiar (Hood, 2006; Wu et al 2007), el criticismo (St Jonn-Seed & Weiss, 2002, Psychogiou, et al. 2001) y la salud mental del cuidador, en especial de la madre del niño (Goodman, 2007; Pilowsky et al., 2006) también han sido vinculados a sintomatología emocional en el escolar.

Considerando lo antes expuesto, esta investigación pretende contribuir al conocimiento de la salud mental (trastorno depresivo y sintomatología ansiosa), factores psicológicos (desarrollo psicosocial y autoestima) y familiares (salud mental del cuidador, funcionamiento familiar y criticismo) de los niños diabéticos tipo 1 entre 8 y 12 años, que residen en la V Región.

Aportando antecedentes a las siguientes interrogantes: ¿Hay diferencias entre niños diabéticos y sin diabetes de características similares al medir aspectos de salud mental, factores psicológicos y familiares? ¿Qué factores psicológicos y familiares se encuentran asociados a sintomatología depresiva y/o ansiosa en niños diabéticos tipo 1, que tienen entre 8 y 12 años, que viven en la V región?

El estudiar salud mental, factores psicológicos y familiares en niños diabéticos es algo que resulta relevante si se considera las escasas investigaciones en el área de la psicología realizadas en nuestra realidad nacional, en comparación a la amplia literatura médica relativa a esta enfermedad crónica.

Además el Plan Auge (Ministerio de Salud, 2004) señala la importancia de equipos multidisciplinarios en el trabajo con personas diabéticas, indicando como deseable la presencia de psicólogo, en especial para el manejo de niños. Observándose como necesario el desarrollo de investigaciones que permitan comprender la vivencia de una enfermedad crónica como la diabetes en nuestro país.

Los resultados obtenidos en esta investigación serán un aporte para conocer mejor aspectos psicológicos, familiares y de salud mental en niños diabéticos. Siendo importante recordar que un mejor conocimiento del niño, favorece las condiciones para su desarrollo.

Con el propósito de poder responder las preguntas planteadas en la investigación, se presenta un estudio descriptivo, comparativo y correlacional. Los niños diabéticos aleatoriamente

seleccionados fueron pareados con un grupo control, evaluando a estos y a sus cuidadores principales a través de instrumentos en su mayoría estandarizados para nuestro país. Se tomará como marco teórico referencial el modelo biopsicosocial.

II. Marco Teórico

2.1. Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977) plantea la enfermedad como una experiencia humana, superponiendo la corporalidad con aspectos psicosociales, coexistiendo y afectándose recíprocamente.

Basándose en conceptos de la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy, el modelo biopsicosocial propone una aproximación holística, en donde la persona enferma se encuentra en un contexto interpersonal con interacciones del funcionamiento biológico, psicológico y social (Miklowitz, 2004). En base al principio de totalidad de los sistemas lo biológico no puede ser separado de lo psicosocial, en donde una perturbación en una parte del sistema, afecta al todo.

El modelo biopsicosocial permite una aproximación comprensiva en donde se integran aspectos vinculados a la salud y la enfermedad, junto con aspectos a nivel individual y familiar, dando como resultado influencias recíprocas entre los patrones familiares de interacción y la función psicológica individual del niño (Herscovici, 2002).

La enfermedad de un miembro de la familia afecta a las otras partes integrantes, quienes a su vez reaccionarán influyendo en el funcionamiento del individuo (Miklowitz, 2004).

Desde la teoría general de sistemas se conceptualiza que todos los niveles de organización se encuentran relacionados unos con otros, en donde el cambio en una parte del sistema afecta y cambia a los otros integrantes del mismo (Engel, 1977). Desde este punto de vista, la persona que vive con una enfermedad somática como la diabetes no solo vivencia cambios relativos a sus procesos biológicos, sino que estos influirán en su experiencia vital, en el desarrollo emocional y social, en la interacción que establece con los miembros de la familia y con la sociedad.

2.1.1. El concepto de enfermedad según Engel

Engel (1977) plantea que:

En todas las sociedades los criterios de identificación de una enfermedad han sido de naturaleza comportamental, psicológica y social (...) clásicamente la presencia de una enfermedad es marcada por cambios en la apariencia física, y por alteraciones en el funcionamiento, sensaciones, desenvolvimiento, en el comportamiento y en las relaciones. (p.196)

El dualismo mente-cuerpo conceptualiza la enfermedad como una falla corporal, ligado a lo somático y estrictamente biológico, en cambio el modelo biopsicosocial considera la enfermedad unida en forma indisoluble a la vivencia psicológica del individuo que interactúa con el sistema familiar y social, en donde hay complejas influencias recíprocas (Hercovici, 2002).

Engel señala una diferencia profunda pero sutil, entre enfermedad como concepto y fenómeno subjetivo. El concepto “*disease*” hace referencia al cuadro clínico, clasificación de la dolencia, patología. Por otra parte, el concepto “*illness*” se expresa en la experiencia vivenciada por el sujeto respecto de la enfermedad, lo que siente. Donde influirán sus propias percepciones, determinada por factores psíquicos y sociales (Gasulla, 2005).

La enfermedad marca un punto de inicio dentro del ciclo evolutivo del individuo y de la familia en donde las interacciones, las relaciones con otros y los planes futuros pueden cambiar en virtud de satisfacer las demandas que impone la enfermedad (Miklowitz, 2004).

2.1.2. Desarrollo psíquico

El Dr. Almonte (2003) plantea que el desarrollo psíquico del individuo es multideterminado. Dando un resultado de gran complejidad producto de la integración e interacción de los distintos sistemas que rodean al niño, en donde este también se incluye. Todo lo anterior se encuentra dentro de una etapa del desarrollo, donde el criterio evolutivo permite una mejor comprensión de lo que es esperable. Precizando como anormal cuando el desarrollo se aparta de lo esperado.

La salud mental y la psicopatología “resultan de la interacción recíproca entre los factores protectores y de riesgo que esta expuesto el individuo” (Almonte, 2003, p.89).

En la interacción de los factores protectores y de riesgo la salud mental se ve favorecida cuando predominan los primeros sobre los segundos, por el contrario, cuando esto no ocurre predominando los factores de riesgo se produce un desequilibrio, si la resiliencia individual no permite compensar esta situación, se presenta la psicopatología (Almonte, 2003).

La interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales puede constituir factores de riesgo o protectores actuando de manera diversa en las distintas personas. Por lo que frente a situaciones similares, se pueden presentar diversas manifestaciones (Almonte, 2003).

La enfermedad crónica en el niño puede ser considerado como un factor de riesgo para la salud mental (Almonte, 2003), sin embargo, la presencia de la enfermedad interactuará con otros factores particulares en cada niño y su familia, dando resultados distintos.

2.2. Diabetes Mellitus

La diabetes es una enfermedad conocida desde la antigüedad, su nombre proviene del griego y hace referencia a elevados niveles de glucosa en la sangre, literalmente mellitus significa miel y diabetes que pasa “a través de” (Álvarez, 2006). El Ministerio de Salud considera esta patología como “Una enfermedad crónica, de diferentes etiologías, que se caracteriza por hiperglicemia, que resulta de un déficit en la secreción y/o acción de la insulina” (Ministerio de Salud, 2005, p. 3).

La hiperglicemia presente en las personas diabéticas condiciona el desarrollo de diversas patologías, presentando este grupo una alta morbilidad y mortalidad respecto a la población general (Ministerio de Salud, 2005). En Chile el riesgo de muerte aumenta entre 2 y 4 veces en comparación a personas que no viven con diabetes (Silva, 2004).

El desarrollo de la medicina ha permitido que las personas diabéticas puedan acceder a mejores tratamientos, pese a lo anterior, actualmente aún hay niños y adolescentes que fallecen o vivencian consecuencias orgánicas debido a dificultades derivadas del mal manejo de la enfermedad (Ludvigsson, 2004).

Esta patología ha sido calificada como de efectos “penetrantes pero invisibles” (Alcayaga, 2004, p. 99). La diabetes no provoca molestias dolorosas, pero si es necesario un tratamiento complejo y continuo, pues presenta graves consecuencias para el organismo cuando no se asumen las medidas de autocuidado necesario o el diagnóstico es hecho en forma tardía.

En esta enfermedad se han propuesto diferentes clasificaciones, reconociéndose en la actualidad dos grandes tipos: Diabetes tipo 1 y Diabetes tipo 2 (Contreras, 2004).

2.3.Diabetes tipo 1

La diabetes tipo 1 también es conocida por el nombre de insulino dependiente, diabetes infantil o juvenil. Esta patología es un desorden metabólico crónico, que se caracteriza por niveles elevados y persistentes de glucosa en la sangre, lo que es consecuencia de una alteración en la secreción de insulina¹ (Ministerio de Salud, 2005).

Esta enfermedad se caracteriza por la destrucción de las células beta pancreáticas, provocando un déficit absoluto de insulina. Por esta razón, las personas que padecen de diabetes tipo 1 necesitan en forma permanente insulina exógena, dependiendo vitalmente de su utilización (Ministerio de Salud, 2005).

2.3.1 Epidemiología

2.3.1.1. Prevalencia

La diabetes juvenil a sido calificada como una enfermedad pediátrica poco común, afectando a 1 de cada 500 niños en edad escolar (Mrazek, 2004). Según información entregada por el Ministerio de Salud (2005), se calcula que 3000 niños y adultos viven con esta enfermedad en nuestro país.

Datos aportados por la Fundación de diabetes juvenil, indican que en el año 2006 había un número cercano a 1030 niños (menores de 14 años) que padecían diabetes, estimándose que la diabetes tipo 1 tiene una prevalencia en Chile del 0,5% (Ministerio de Salud, 2005).

2.3.1.2. Incidencia

La diabetes tipo 1 puede aparecer a cualquier edad, sin embargo, se observa una mayor incidencia durante los diez primeros años de vida y el período de adolescencia, incluyendo la adultez joven (Segura & Valdivia, 1995).

El Ministerio de Salud durante los años 1995 y 2000 registró en promedio 150 casos nuevos de menores de 15 años, si además a esta cifra se le agregan los incidentes de adolescentes

¹ La insulina es una hormona polipeptídica sintetizada y que es liberada por las células beta de los islotes de Langerhans, que se ubican en el páncreas, el mayor estímulo para la secreción de insulina es la glucosa que se forma de la digestión de los hidratos de carbono, la acción de la insulina es descender la glicemia facilitando la entrada de glucosa a las células (Bilbeny, Droguett y Droguett, 1994).

mayores de quince años, se calcula un promedio de 180 casos nuevos cada año (Ministerio de Salud, 2005).

Chile registra una de las tasas de incidencia más bajas del mundo (Ministerio de Salud, 2005). A pesar de lo anterior, durante los últimos años se ha observado un importante aumento de esta enfermedad, elevando su incidencia de 2,5 casos por cada 100.000 habitantes durante 1986 a 4,5 el año 2000. Esto ha hecho que nuestro país sea considerado actualmente por algunos autores con una incidencia intermedia (Oyarzún, Santos, Carrasco, Albala, Salinas & Pérez, 2003).

Las razones de esta alza no se encuentran del todo claras, postulándose un mejor registro de casos nuevos, anticipación de la enfermedad y factores ambientales (Carrasco et al., 2006; Fundación de diabetes juvenil, 2006).

2.3.2. Manifestaciones Clínicas

El diagnóstico de la diabetes tipo 1 se define por las características clínicas de la enfermedad (Ministerio de Salud, 2005).

Generalmente presenta un comienzo brusco, baja de peso, poliuria (aumento en cantidad y frecuencia de micción), polidipsia (las personas beben mayor cantidad de agua) e inestabilidad metabólica (Ministerio de Salud, 2005; Dueñas, 2006). Además, se aprecia tendencia a presentar cetoacidosis, que en casos extremos lleva al individuo al coma diabético. Esto se observa en especial en grupos de niños y adolescentes (Ministerio de Salud, 2005).

Después de este marcado comienzo es característico un período de remisión llamado “Luna de miel”. En donde puede disminuir e incluso desaparecer el requerimiento insulínico en forma momentánea, habitualmente esto no se repite y su causa se desconoce. Posterior a la “luna de miel” se intensifican los síntomas, haciéndose indispensable el aplicar dosis de insulina diarias (Bilbeny, Droguett & Droguett, 1994).

Esta enfermedad se caracteriza por su labilidad, específicamente los pacientes presentan importantes oscilaciones en sus glicemias y tendencia a la cetoacidosis. La labilidad se encuentra más presente en edades tempranas en comparación a etapas posteriores del

desarrollo, lo que redundaría en que las cetoacidosis diabéticas sean más graves y de difícil manejo en los niños (Bilbeny, Droguett & Droguett, 1994).

2.3.3 Etiología

La etiología exacta de la diabetes mellitus tipo 1 es compleja y aún no se comprende completamente (Osorio, 2004). Se estima que el 90% de los casos es de origen autoinmune y un 10% idiopático (Ministerio de Salud, 2005).

2.3.3.1. Antecedentes Genéticos:

Se ha establecido como factor de riesgo para desarrollar esta enfermedad antecedentes genéticos, pues se conoce que la herencia podría jugar un rol de desencadenamiento (Bilbeny, Droguett & Droguett, 1994; Osorio, 2004; Segura & Valdivia, 1995).

Según Osorio (2004) no hay un patrón de herencia identificable, por esto muchos casos ocurren en ausencia de antecedentes familiares. En el caso de que el padre sea diabético hay un 6% de probabilidad de desarrollar esta enfermedad vs. 2% si es la madre (Osorio). En cambio los hermanos de niños diabéticos tienen un 10% de probabilidades de presentar este cuadro (Comer Children's Hospital, 2006).

2.3.3.2. Antecedentes Ambientales:

1) Virus:

Dentro de los agentes ambientales involucrados en la patogenia se encuentran los virus, estos pueden atacar a las células betapancreáticas desencadenando una reacción autoinmune² (Osorio, 2004). Se postula que la tendencia genética a desarrollar diabetes, puede ser catalizada por el hecho de contraer una infección viral. También se ha señalado que el organismo podría presentar una tendencia hacia ciertas infecciones que dañarían el páncreas y por este motivo se presentaría la diabetes (Segura & Valdivia, 1995).

Las enfermedades virales que se cree podrían estar involucradas son: el virus de la papera, rubéola, algunos picornavirus entre ellos el coxsackie, el rotavirus con partículas C, entre otros (Osorio, 2004; Segura & Valdivia, 1995).

² Autoinmunidad se define como la ruptura de la tolerancia hacia lo propio, de esta manera las células autoinmunes competentes atacan tejidos y células que son propios del organismo (Osorio, 2004).

2) Agentes Químicos:

Otro de los factores ambientales que podrían afectar la aparición de esta patología son los agentes químicos, entre ellos el aloxano y estreptocina. Estos componentes son utilizados en animales para inducir diabetes en forma experimental, sin embargo, aún es necesario investigar con mayor profundidad si estos factores químicos podrían influir en el desarrollo de diabetes (Osorio, 2004).

3) Alimentación:

La dieta también ha sido estudiada como factor predisponente, entre estos el consumo de algunos componentes presentes en la leche de vaca.

Se postula que la leche presenta albumina y caseína, la primera se encontraría relacionada con la destrucción de los islotes y la segunda induciría el desarrollo de diabetes en ratones, sin embargo, aún se requiere de mayores estudios (Osorio, 2004).

4) Estrés:

El estrés aparentemente podría acelerar el proceso de diabetes en sujetos que ya tienen una predisposición a esta enfermedad y en caso de presentarla agravarla (Álvarez & Chailloux, 2006; Segura & Valdivia, 1995).

Los efectos del estrés en las personas con diabetes tipo 1 son variados, si bien, se observa que en la mayoría los niveles de glicemia aumentan cuando vivencian tensión, en otras esto no sucede (Asociación Americana de Diabetes, 2006).

Se cree que el estrés podría alterar secreciones hormonales, afectando la función pancreática (Álvarez y Chailloux, 2006). En estudios realizados a ratones diabéticos sometidos a niveles de tensión, se observó que estos aumentan sus niveles de glucosa (Asociación Americana de Diabetes, 2006).

La presencia de estrés en el desarrollo de la enfermedad se encontraría presente con mayor frecuencia en la diabetes tipo 2, en cambio en la diabetes juvenil se señala como necesario mayor investigación para clasificar el estrés como un factor predisponente (Surwit, 2002).

2.3.4. Tratamiento Médico

El principal objetivo de la intervención médica es llevar los niveles de glicemia a rangos normales (cantidad de azúcar en la sangre alrededor de 80-110 mg/dl), previniendo complicaciones agudas y crónicas (Segura & Valdivia, 1995).

El tratamiento requiere de constancia y continuidad en el uso de insulina, alimentación balanceada, ejercicio, autocontrol de la glicemia y visitas al médico, siendo necesario efectuar cambios en el estilo de vida del diabético, esto dificulta la adaptación y el correcto seguimiento de muchos pacientes.

2.3.4.1. Administración de la insulina

Este tratamiento intenta sustituir la hormona endógena con el objetivo de normalizar el proceso metabólico, manteniendo un correcto nivel de glucosa en la sangre. Esta es administrada generalmente por vía subcutánea, en casos de descompensación esta puede ser inyectada en una vena o un músculo. El empleo de una sola dosis diaria no es aconsejable, por esto se recomienda tres o más inyecciones de insulina diaria (Grupo de diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria [Grupo diabetes SAMF y C], 2000)

Hay tres tipos de insulina: Insulina de acción rápida, de acción intermedia y de acción prolongada. Esta se aplica en relación al peso del niño, regulándola en función de los niveles de glicemia. Es importante el autocontrol que pueda realizar el paciente, pues las dosis de insulina varían en relación al período en que se encuentra la enfermedad, duración de esta, peso y desarrollo corporal (Bilbeny, Droguett & Droguett, 1994).

En pacientes diabéticos tipo 1 el control glicémico depende durante todo el día y la noche del aporte que realiza la insulino terapia. La sustitución de insulina se complica especialmente durante las horas de sueño, observándose un requerimiento variable de esta durante la noche. Durante el día los requerimientos también cambian, dependiendo de la actividad física que realice la persona, comidas, etc., siendo necesario un estricto control de las glicemias (Contreras, 2004).

El régimen de terapia insulínica generalmente se realiza en tratamientos flexibles con aporte de insulina basal y durante el día varias dosis de insulina de acción rápida, según cada caso (Contreras, 2004).

2.3.4.2. Alimentación regulada

Es importante considerar que un niño o joven con diabetes tiene los mismos requerimientos que alguien que no padece de esta enfermedad, teniendo como objetivo principal evitar las hipoglicemias y las hiperglicemias accidentales, principalmente por transgresiones Ej.: haber ingerido muchos dulces (Grupo diabetes SAMF y C, 2000).

En función de lo anterior los horarios de comidas deben ser regularizados, estableciendo en lo posible cuatro e incluso cinco comidas diarias, evitando el saltarse estas o la ingesta de alimentos fuera de horario. Es importante restringir los hidratos de carbono de absorción rápida y las grasas. En lo posible se recomienda individualizar el plan de alimentos para adecuarlos a los hábitos de cada familia (Grupo diabetes SAMF y C, 2000).

Gran parte de la educación en diabetes va destinada a enseñar a los niños y adolescentes diabéticos las cantidades de alimentos que pueden ingerir, cuidando el consumo de carbohidratos.

2.3.4.3. Ejercicio físico

El ejercicio constante puede ser de gran ayuda para las personas diabéticas. Dentro de sus principales beneficios a corto plazo se encuentra el descender la glicemia y disminuir la necesidad de insulina, a largo plazo mejora la tensión arterial, actividad cardíaca y el metabolismo lipídico (Hurtado, 2001).

La tolerancia al ejercicio de los niños y adolescentes diabéticos no presenta diferencias en relación a niños sin diabetes y permite establecer espacios de convivencia con pares, beneficiando social y emocionalmente al joven (Grupo diabetes SAMF y C, 2000).

No obstante, la actividad física en personas insulino dependientes debe ser practicada con precaución, ya que conlleva riesgos que son inherentes a la enfermedad. Siendo necesario controles médicos constantes, pues en caso contrario pueden presentarse complicaciones, como por ejemplo: Elevación de la glicemia (especialmente en ejercicios anaeróbicos), disminución rápida de la glicemia después de un ejercicio de larga duración y complicación de enfermedades presentes (retinopatía, nefropatía, neuropatía) (Hurtado, 2001).

2.3.4.4. Autocontrol

El objetivo del autocontrol es mantener una homeostasis de la glicemia, esto requiere que el paciente participe y se involucre en la ejecución de su autoexamen. Generalmente el autocontrol se realiza con microglicemias, las cuales se realizan 3 ó 4 veces al día. En base a los resultados de estos exámenes y las instrucciones del médico tratante se deben realizar modificaciones a las dosis de insulina. Los exámenes de autocontrol han sido simplificados, lo que actualmente permite que puedan ser realizados en casa y sin que la persona tenga un entrenamiento específico (Segura & Valdivia, 1995).

1) Microglicemia:

Se utilizan cintas que tienen en un extremo la zona reactiva, sobre esta se deja caer una gota de sangre, para lo cual es necesario que el niño puncione con una aguja uno de sus dedos. Se espera un tiempo de reacción y luego se observa el cambio de color en la zona reactiva, esto puede ser por lectura visual o por un reflectómetro, la intensidad del color es proporcional a la concentración de la glucosa (García de los Ríos, 1992).

Es altamente recomendable que los niños y adolescentes mantengan un cuaderno de registro con el resultado de sus glicemias, lo que permite un mejor control de su estado diario, apreciando variaciones y cambios en las glicemias.

2) Glucosuria:

Hay cintas que permiten un análisis cualitativo y otras semicuantitativo, estas permiten estimar las concentraciones de glucosa en la orina. La intensidad de coloración es proporcional a la cantidad de glucosa (Segura & Valdivia, 1995).

3) Cetonuria:

Esta permite una medición cualitativa de los cuerpos cetónicos en la orina, estos se generan cuando no hay suficiente insulina, por lo que las grasas se descomponen en acetonas. Esto debe ser realizado en ciertos casos, como por ejemplo cuando hay presencia de glicemias muy altas (sobre 240 mg/dl), vómitos, infecciones, etc. Se utilizan cintas las cuales reaccionan indicando, según la intensidad del color, la concentración de cuerpos cetónicos (Segura & Valdivia, 1995).

2.3.4.5. Visitas al médico tratante

Las visitas al médico tratante dependen de la evolución de la enfermedad, el tiempo de esta y sus complicaciones. Generalmente se realiza cada tres meses, en donde se mide el total de azúcar en la sangre a través de la prueba hemoglobina A1c. En caso de que esta prueba se encuentre en el nivel adecuado, se reduce en forma considerable el riesgo de futuras complicaciones (Grupo diabetes SAMF y C, 2000).

2.3.5 Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 1

Una de las mayores preocupaciones que enfrentan las personas insulino dependientes es el mantener los niveles de azúcar en la sangre (glicemia) en rangos aceptables, evitando que estos niveles suban o bajen de lo esperable. Se estima como bueno entre 80 y 140 y como aceptable entre 141 y 180 (Hurtado, 2001).

Dentro de las complicaciones derivadas de la diabetes, podemos encontrar dos grandes grupos: agudas y crónicas.

2.3.5.1. Complicaciones metabólicas agudas

1) Crisis Hipoglicémicas:

La hipoglicemia se caracteriza por glicemias que son menores a 50 mg/dl. Los bajos niveles de azúcar en la sangre provocan síntomas como sensación de fatiga, cefaleas, sudoración y temblor. Se considera hipoglicemia cuando se presentan los síntomas antes descritos, glicemia menor a 50 mg/dl y alivio al normalizar los niveles de glicemia (Contreras, 2004).

Los esfuerzos por lograr glicemias cercanas a índices normales pueden derivar en presentar un cuadro hipoglicémico, siendo un problema habitual en los pacientes con diabetes tipo 1. Puede ser producida por haber ingerido pocos alimentos, altas dosis de insulina o demasiado ejercicio (Contreras, 2004).

Cuando el aporte de glucosa es insuficiente el individuo puede presentar una neurogluopenia, la que en caso de no ser tratada provocaría crisis convulsivas, coma y en casos excepcionales daño cerebral (Contreras, 2004).

Se estima que las personas diabéticas tipo 1 experimentan en promedio dos episodios de sintomatología hipoglicémica por semana, cuando se encuentran en tratamientos intensivos. Siendo asociada con el 1 a 2% de muerte en pacientes diabéticos (Contreras, 2004).

2) Crisis Hiperglicémicas:

Dentro de las crisis hiperglicémicas se encuentran la cetoacidosis diabética y el estado hiperglicémico hiperosmolar, ambas son consideradas las complicaciones metabólicas agudas más graves de esta enfermedad, presentándose en diabéticos tipo 1 y 2 (Contreras, 2004).

2.1) Cetoacidosis

Se presenta cuando los niveles de insulina son bajos, por esta razón suben los niveles de azúcar en la sangre provocando una importante pérdida de líquido, lo que puede llevar a la deshidratación (Segura & Valdivia, 1995). El organismo intenta obtener energía degradando grasas, dando como resultado cuerpos cetónicos (producto de una inadecuada degradación) esto se acumula en la sangre y se elimina mediante la excreción de orina (cetonuria), provocando deshidratación. En caso de no haber intervención oportuna administrando líquido e insulina, el individuo presentará coma diabético (Segura & Valdivia).

En la diabetes tipo 1 es común la presencia de cetoacidosis en el comienzo de la enfermedad, cuando hay inadecuadas dosis de insulina o presencia de patologías infecciosas. Dentro de las complicaciones de este cuadro se encuentra el edema cerebral el cual se da en casos raros, siendo generalmente fatal (ocurre en un 0,7 y 1 % de niños con cetoacidosis). La incidencia de cetoacidosis es de 4,6 a 8 pacientes por cada 1000 diabéticos, con una tendencia a aumentar durante las dos últimas décadas (Contreras, 2004).

Se considera la educación en el buen manejo de la enfermedad como la mejor prevención para prevenir estos casos, enfatizando el nunca suspender el uso de insulina y la búsqueda de ayuda médica frente a enfermedades (Contreras, 2004).

2.2) Estado hiperglicémico hiperosmolar

Se explica por mecanismos similares a los descritos en la cetoacidosis, en donde se presenta una reducción de la acción de la insulina circulante, lo que se encuentra asociado con una elevación de las hormonas de contraregulación. Esto produce una elevada producción de

glucosa por el hígado y riñón, con una insuficiente utilización de esta en tejidos periféricos. Este cuadro se asocia con glicosuria lo que provoca diuresis osmótica (Contreras, 2004).

2.3.5.2. Complicaciones metabólicas crónicas:

Estas se producen cuando hay una glicemia elevada en forma permanente en el tiempo, produciendo complicaciones que pueden causar serios problemas de salud. La gran dificultad es que el tratamiento de estas patologías no presenta buenos resultados, por esto es fundamental la prevención y en caso contrario, disminuir las complicaciones (Segura & Valdivia, 1995).

Dentro de las más comunes se encuentran:

1) Neuropatía

Compromiso de nervios periféricos, los síntomas más comunes son pérdida progresiva de sensibilidad al calor y al dolor, en especial de los pies. Pueden aparecer dolores inusuales, parálisis transitorias (en especial los músculos de la cara), sensación de “hormigueo” en manos y pies. La neuropatía diabética constituye uno de los factores de riesgo más importante para el desarrollo de pie diabético, el cual es causa de amputación de extremidades hasta en un 15% (Hurtado, 2001).

2) Nefropatía

Complicaciones en el riñón, en donde hay mayor permeabilidad. La membrana basal pierde la capacidad de limitar el paso de agua evitando el traspaso de proteínas, esto conlleva a la eliminación de pequeñas cantidades de proteína a través de la orina (microalbuminuria) (Hurtado, 2001).

Este cuadro es reversible con medicamentos y un buen control glicémico. En aquellos casos donde no hay intervención oportuna, se reduce en forma progresiva la capacidad del riñón de purificar la sangre, dando como resultado una insuficiencia renal (Hurtado, 2001).

Esta patología se ha constituido en la primera causa de ingreso a programas de sustitución renal en nuestro país, estimándose el año 2002 que del total de pacientes con hemodiálisis crónica un 5% son por nefropatía de diabetes tipo 1. Se espera que del total de diabéticos tipo 1 entre un 35 y un 45% desarrolle nefropatía (González, 2004).

3) Retinopatía

Se considera una enfermedad progresiva en donde se encuentran comprometidos capilares, arteriolas, precapilares y vénulas de la retina. En etapas más avanzadas de la enfermedad se le suma el compromiso de grandes vasos. En la diabetes se encuentran comprometidos todos los tipos celulares de la retina, la glía, microglía y tejido neuronal, las que presentan un deterioro progresivo y con frecuencia irreversible. Las alteraciones dan como resultado obstrucción circulatoria, edema retinal y disfunción celular, siendo causa de ceguera (Guerrero, 2004).

Se estima que la diabetes es una causa importante de pérdida de visión en el mundo, sin embargo, podría ser evitable con un buen control de la enfermedad. En Chile la retinopatía diabética ocupa el tercer lugar como causa de ceguera (8%) (Guerrero, 2004).

4) Complicaciones cardiovasculares

En las personas diabéticas hay un mayor riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares, siendo necesario tratar esta enfermedad al mismo tiempo que se controla la presión arterial (González, 2004).

La presencia conjunta de diabetes e hipertensión son factores de riesgo importantes para enfermedades microvasculares y macrovasculares multiplicando los riesgos de muerte cardíaca, enfermedad coronaria y enfermedad cerebro vascular (González, 2004).

La prevalencia de presión arterial en pacientes diabéticos es 1,5 a 2 veces mayor que las personas que no padecen de esta enfermedad. En el caso de diabéticos tipo 1, se presenta hipertensión cuando la persona ha desarrollado nefropatía y albuminuria (González, 2004).

En diabéticos es recomendable llevar un seguimiento de la presión arterial en cada control médico, en caso de presentar una presión arterial alta el individuo deberá regular la ingesta de sodio y aumentar la actividad física, utilizando medicamentos si fuera necesario (Ministerio de Salud, 2005).

2.3.6. El tratamiento de la diabetes en Chile

La Diabetes Mellitus tipo 1 es uno de los problemas de salud incluidos en el Plan Auge.

El Ministerio de Salud elaboró el 2004 un protocolo de trabajo destinado a asegurar una atención médica adecuada para pacientes diabéticos tipo 1, organizando el procedimiento en base a evidencia científica. En este se señala la necesidad de equipos multidisciplinarios contando como mínimo con: médico, nutricionista, enfermera y asistente social, planteando como deseable la presencia de psicólogo, en especial para el manejo de niños.

Esto permite que en nuestro país las personas que padecen diabetes tipo 1 presenten atención médica desde la sospecha diagnóstica, facilitando el acceso a especialistas y en caso necesario de hospitalización.

Desde el debut el individuo tiene a su disposición tratamiento con insulina, exámenes de laboratorio, fármacos, insumos para tratamiento y autocontrol (jeringas o lapiceras para la aplicación de insulina, lanceteros, glucómetro y cintas reactivas para medir glicemia capilar y cetonuria). Con apoyo permanente del equipo de salud, ya sea por teléfono celular o e-mail, con el fin de resolver consultas y emergencias (Ministerio de salud, 2004).

Al momento del diagnóstico junto con estabilizar al paciente el Ministerio de Salud plantea como fundamental entregar educación tanto al niño como a su familia respecto de la enfermedad, manejo de insulina, autocontrol y complicaciones, considerando además el ámbito nutricional y apoyo psicológico (Ministerio de Salud, 2004).

Una vez que el paciente ha sido diagnosticado con diabetes se realiza el tratamiento, los cuidados deben ser llevados a cabo por el niño y su familia en casa (inyecciones de insulina, autocontrol y manejo de hipoglicemia), este es controlado y supervisado por un equipo de salud multidisciplinario (médico, enfermera y nutricionista), con controles médicos que van siendo más espaciados en el tiempo a medida que el niño vive con esta enfermedad, llegando a cuatro controles en un año en pacientes con más de un año de diagnóstico. Además se incluye la detección oportuna de complicaciones considerando la pesquisa y tratamiento de hipertensión arterial, microalbuminuria y dislipidemia (Ministerio de Salud, 2004)

El protocolo de trabajo señala la necesidad de apoyo emocional hacia el paciente y se califica como deseable la presencia de psicólogo en los equipos de atención multidisciplinaria, en especial para el manejo de niños.

2.4. El niño con diabetes

El modelo biopsicosocial permite una comprensión global de la vivencia de la diabetes en el niño, integrando aspectos individuales, familiares y sociales, considerando la interacción entre estos

El niño con diabetes debe enfrentar las exigencias del tratamiento y las posibles complicaciones de la enfermedad, estas situaciones pueden repercutir de manera importante en su bienestar emocional y social (de Dios, Avedillo, Palao, Ortiz & Agud, 2003).

El tener diabetes no solo afectará al niño, sino que también a la familia en la que se encuentra inserto, organizándose y reaccionando en torno a la enfermedad.

Las interacciones entre el niño y su familia son complejas, por lo que el escolar no solo se verá afectado por el actuar de los otros miembros de su familia, sino que también este modifica la conducta de los otros. Los miembros de la familia reaccionan al niño con diabetes y el niño reacciona a la reacción de los miembros de su grupo familiar.

En los niños con diabetes se han observado a nivel empírico factores emocionales influenciados por la vivencia de la enfermedad, los cuales pueden ser explicados desde la interacción del niño con su medio, sin embargo, es importante considerar el concepto de multifinalidad de la teoría de sistemas, en donde condiciones similares pueden dar resultados distintos (Miklowitz, 2004).

Por esto hay niños diabéticos que presentarán dificultades emocionales y otros no, dependiendo de aspectos individuales o familiares que pueden favorecer o atenuar su aparición.

La vivencia de la diabetes en el niño además se encuentra enmarcada en una etapa del desarrollo particular con características cognitivas y emocionales propias del desarrollo, en el caso de esta investigación es la etapa de la niñez tardía.

2.4.1. Etapa de la niñez tardía y diabetes

Biológicamente el ser humano se encuentra dotado de capacidades que al interactuar con el medio le permitirán adquirir aprendizajes y formas de actuar, que evolucionarán y se complejizarán constituyendo etapas de desarrollo (Zazzo & Hurting, 1973 citado en Cubillos & Neira, 1991).

Teóricamente el período comprendido entre los 8 y los 12 años ha sido llamado niñez tardía. Esta es una etapa que trae consigo nuevos desafíos para el desarrollo emocional e intelectual de los niños, donde la escuela tiene un rol fundamental y los compañeros junto con profesores tienen tanta importancia como la familia (Morin, Marfán & Icaza, 1997).

Según Erikson esta es una etapa de laboriosidad pues los niños aprenden habilidades necesarias para poder adaptarse a las exigencias del medio, con grandes deseos de conocer, evitando sentimientos de inferioridad (Boeree, 2001).

2.4.1.1 Desarrollo Cognitivo en la niñez tardía

El pensamiento entre los 8 y los 11 años se encuentra según Piaget en la etapa de las operaciones concretas. Esto les permite a los niños presentar nuevas capacidades cognoscitivas, razonando con mayor lógica sobre experiencias y objetos (Shaffer, 2000).

Durante este período se observa en los individuos mejor capacidad para solucionar problemas y superior habilidad para conservar, clasificar, seriar y emplear conceptos espaciales (Berk, 2004).

En esta etapa los niños diabéticos al igual que todos los niños, presentan gran curiosidad por saber como funcionan las cosas (Hirsch & Woods-Buggeln, 2007).

Esto les permite adquirir bastante conocimiento respecto de la diabetes y de los cuidados que deben mantener. Aprendiendo habilidades de las cuales se sienten orgullosos, mostrando una actitud racional frente a su enfermedad y en ciertos casos gustando de mostrar a otros como cuidan de ellos mismos. Lo anterior no excluye a los niños de vivenciar sentimientos de rabia y tristeza frente a su condición (Hirsch & Woods-Buggeln, 2007).

Debido a la etapa de pensamiento en la que se encuentran poseen una noción más clara de las relaciones causa-efecto, comprenden mejor que la enfermedad es producto de una disfunción

orgánica y que seguir los consejos del médico los ayudará a resolver las dificultades que puedan presentar (Hirsch & Woods-Buggeln, 2007). Junto con esta mayor comprensión, perciben mejor las diferencias que presentan en comparación a otros niños, como por ejemplo: que los otros pueden comer dulces y ellos no, o que ellos deben inyectarse (Navarro, 2004).

2.4.1.2. Desarrollo Emocional en la niñez tardía

Durante la etapa escolar comienza a ser muy significativa las relaciones que los niños establecen en el colegio, es así como amigos y profesores pasan a ser importantes para el niño abriéndose a nuevas experiencias y formas de ver el mundo (Boeree, 2001).

Los niños muestran una importante inclinación a permanecer en grupos de juego y de independizarse más de sus padres, les agrada jugar hasta más tarde, ir a casas de compañeros y quedarse a dormir fuera de casa. Comienzan a buscar mayor privacidad en sus hogares, oscilando entre la necesidad de protección y distanciamiento de sus padres (Morin, Marfán & Icaza, 1997).

En este período además es característico los juegos grupales con normas bien establecidas. Dentro del desarrollo moral los niños continúan internalizando las normas de la sociedad, es esperable que presenten respuestas pre-convencionales que se centran en el castigo, las recompensas y las figuras de autoridad, (Berk, 2004) observándose crítica a los mandatos y prohibiciones (Dorr, 2003).

El cuestionamiento a reglas y hábitos establecidos por los padres puede generar en familias de niños diabéticos conflicto, ya que es frecuente que los padres para proteger la salud del niño limiten sus espacios de convivencia, establezcan horarios y condiciones que hacen que el niño deba estar en casa (un ejemplo son las cuatro comidas diarias, las cuales deben tener ciertas características nutricionales) (Arguelles, García & Agramonte, 2006).

Según Arguelles, García y Agramonte (2006) el restringir espacios de convivencia puede provocar en el niño sentimientos de minusvalía y aislamiento social, generando sentimientos de rechazo y rebeldía frente a su enfermedad.

La literatura para padres con hijos diabéticos sugiere el permitir progresivamente mayor convivencia y actividad con pares, e incluso en ocasiones flexibilizar algunos hábitos (Grupo

Diabetes SAMF y C, 2000; Hirsch & Woods-Buggeln, 2007). Sin embargo, la tensión que genera el mal manejo de la diabetes o posibles episodios inesperados (como por ejemplo hipoglicemias) lleva a muchos padres a restringir los espacios de esparcimiento de sus hijos con otras personas, entorpeciendo la progresión hacia una mayor independencia, a pesar, de los avances que ha experimentado el manejo de la enfermedad en la última década (Betchart, 2005; Palmer et al., 2004).

Durante la niñez tardía es frecuente la presencia de grupos diferenciándose niños y niñas, los primeros gustan de actividades en donde hay competencia, las segundas se agrupan por simpatía (Dorr, 2003).

El compañerismo y la camaradería hace que los niños establezcan grupos de amistad junto a otros, se ha observado que los grupos de convivencia realizados con niños que viven con diabetes (por ejemplo campamentos, los cuales se realizan actualmente en nuestro país) muestran una positiva influencia en los niños, pues permite generar amistades con pares que viven en circunstancias similares generadas por la enfermedad, lo que favorece una mayor aceptación de la propia condición (Arguelles, García & Agramonte, 2006).

2.4.2. Desarrollo Psicosocial

El desarrollo psicosocial se entiende como “Un proceso de transformaciones que se da en una interacción permanente del niño con su ambiente físico y social” (Fondo de las naciones unidas para la infancia [UNICEF], 2006, p. 3).

El ser humano desde que nace se encuentra en constante interacción con el ambiente, asimilando las características del grupo sociocultural en el cual se encuentra inserto (Montt & Almonte, 2003). En este proceso el niño va formando una visión de sí mismo y del mundo que lo rodea, adquiriendo recursos emocionales, prácticos e intelectuales que le permitirán adaptarse (UNICEF, 2006).

Para Zazzó las conductas o ausencia de estas son el resultado de la interacción entre la capacidad que presenta el niño, sus motivaciones, las presiones ejercidas por los padres y oportunidades que entrega el medio (Cubillos & Neira, 1991).

El desarrollo psicosocial presenta períodos críticos y de crisis, en donde las presiones del medio interactúan con las motivaciones del niño, con momentos de conformidad a las

exigencias del ambiente y otros en los cuales el niño se revela a lo esperado. Estos son superados por una adaptación del ambiente al niño y de este último al ambiente (Zazzo, 1973 citado en Cubillos & Neira, 1991).

Estos procesos implican continuas readaptaciones, en donde nuevos ambientes implican el aceptar diferentes normas, estos períodos de desadaptación pueden entregar el impulso para conquistar mayor autonomía (Cubillos & Neira, 1991).

Zazzo (1973 citado en Casarejos & Reveco, 1989) define el desarrollo psicosocial basándose en tres aspectos fundamentales:

- Autonomía social
- Adaptación social
- Inteligencia social

La autonomía social se refiere a la independencia que el niño progresivamente debería desarrollar de ambos padres, en aspectos prácticos en la vida diaria (aseo, comer, dormir, etc.). Presentando aprendizajes que se van dando en el contexto familiar, pero en donde influirían aspectos motivacionales del propio niño, coordinación y autocontrol. Lo que redundará en la posibilidad del escolar de asumir tareas y acciones (Zazzo, 1973 citado en Cubillos & Neira, 1991).

Lo anterior favorece una progresiva responsabilidad de las propias acciones en donde hay iniciativa sin depender en forma excesiva de otros (Palmer et al., 2004).

La adaptación social se refiere a la apertura del niño a participar en grupos sociales, siendo activo en agrupaciones diversificadas y cada vez más numerosas, pasando de la subordinación a la reciprocidad, en donde adquirirá progresivamente comprensión de diversas situaciones sociales, lo que es calificado como inteligencia social (Cubillos & Neira, 1991).

Según Erikson el desarrollo psicosocial, durante este período, se encuentra en la etapa de industriiosidad vs. inseguridad. Para este autor es fundamental la socialización de los niños y como esto afecta su sentido de identidad personal (Berk, 2004).

La industriiosidad se observa en la inclinación que presentan los niños hacia el mundo que los rodea, mostrando gran interés por adquirir nuevos conocimientos y poner en práctica sus

habilidades. Con necesidad de sentir que son capaces de alcanzar metas y obtener logros en el ámbito familiar, escolar y con sus pares (Morín, Marfán & Icaza, 1997).

Durante este período aumentan progresivamente las exigencias académicas producto de la escolarización, adquiriendo nuevas destrezas y aprendizajes, pero también aparecen las evaluaciones, las cuales pueden constituir una fuente de fracaso (Montt, 2003).

El desarrollo del pensamiento permite a los niños evaluar sus conductas y capacidades, comparándose con pares, apareciendo la crítica hacia sí mismo y a otros (Montt, 2003).

Los grupos de pares comienzan a hacerse más estables, en donde el niño se siente perteneciente o excluido, siendo una fuente de satisfacción o fracaso para el niño (Montt, 2003). Se aprecia sensibilidad a lo que los adultos digan de ellos, ya sea profesores y padres.

El alcanzar logros y sentirse capaces constituye una necesidad en el niño durante esta etapa. Cuando esto no ocurre, los niños se entristecen y afligen viendo deteriorada la imagen que tienen de sí mismos, esto es lo que Erikson ha llamado inferioridad (Morín, Marfán & Icaza, 1997).

2.4.2.1. El desarrollo psicosocial y el niño con diabetes

El enfrentar una enfermedad crónica en la niñez puede constituir un importante desafío para el niño y su familia, quien deberá asumir cambios en su estilo de vida.

Se ha planteado que niños y adolescentes que presentan una enfermedad crónica tendrían un funcionamiento psicosocial similar al de sus pares (Bussing & Aro, 1996). Sin embargo, otros estudios enfatizan dificultades en el ajuste social, problemas emocionales y conductuales, señalando un impacto en el desarrollo psicosocial del niño (Bijstra, Mellenbergh & Wolters, 2000; Snethen et al., 2004).

2.4.2.1.1. Autonomía

Los niños diabéticos presentarían una mayor dependencia de los adultos debido a la necesidad de ayuda de sus padres y otros significativos para superar dificultades derivadas del tratamiento. Planteándose que el cuidado familiar y médico de la diabetes fomenta la pasividad y la dependencia de los niños hacia sus padres (Munguía, 2005).

El temor frente al posible descontrol de la enfermedad ocasiona que los padres de niños diabéticos ejerzan un fuerte control sobre sus hijos, limitando su libertad, sobreprotegiéndolos y creando una fuerte dependencia con estos. Esta excesiva dirección paterna les permite a los niños diabéticos el tener atenciones y cuidados privilegiados por parte de sus padres, sin embargo pierden la oportunidad de hacer las cosas por sí mismos (Bilbeny, Droguett & Droguett, 1994).

Los cuidados privilegiados se ven reflejados en el no asumir responsabilidades diarias tales como tareas o ayuda en casa, vestuario e incluso el dormir solo (Bilbeny, Droguett & Droguett, 1994). Esto puede influir que frente a grupos de pares el niño pueda experimentar dificultades derivadas de su “infantilización” (Rossman, 1991).

En las familias donde se limita la autonomía también se vería retardada la responsabilidad por el autocuidado y la efectividad de los tratamientos (Grupo Diabetes SAMF y C, 2000).

Entre los 8 y 12 años aún se encuentra presente la supervisión de adultos en los cuidados requeridos en función de la diabetes. Siendo esperable y deseable que los niños en este período tomen parte activa de su tratamiento, realizando autoanálisis e inyectándose insulina, hábitos que permitirán tener un buen control de la enfermedad (Grupo Diabetes SAMF y C, 2000).

Wiebe (2005) señala que los padres de adolescentes diabéticos entregan el manejo de la enfermedad a sus hijos durante la adolescencia, sin mediar una transición y un acompañamiento durante los años anteriores. Según este autor, los padres se guían principalmente por las edades de sus hijos como parámetros de entrega de responsabilidades, en donde no se considera el desarrollo emocional de los jóvenes. Por esta razón es fundamental que los escolares puedan asumir responsabilidades en forma paulatina, permitiendo el ensayo y la práctica de hábitos que los beneficiarán directamente.

2.4.2.1.2. Adaptación social e Inteligencia Social

El interactuar dentro de un grupo, permite al niño adquirir conocimiento y habilidades para desenvolverse socialmente.

La adaptación social hace referencia a la integración del niño a grupos sociales, en donde este progresará desde la subordinación a la reciprocidad, adquiriendo una participación cada vez más activa dentro de diversos grupos (Cubillos & Neira, 1991).

Al interactuar con otros el niño adquirirá una mayor comprensión de las situaciones sociales con apertura a las relaciones interindividuales, lo que ha sido denominado por Zazzo inteligencia social (Cubillos & Neira).

1) La familia:

Muchos grupos y agentes pueden influir en la conducta psicosocial del niño, sin embargo no se puede desconocer el protagonismo de la familia (Jadue, 1999).

La fuerte influencia de la familia se debe a que esta es la primera y el principal contacto que tiene el niño durante sus primeros años de vida, los cuales son críticos para su desarrollo emocional y social. Las relaciones al interior de la familia permiten un espacio de ensayo para la interacción con otros, pues es en el seno de esta, donde el ser humano vivencia los primeros conflictos (Jadue, 1999).

La familia juega un importante rol en la adaptación del niño frente a una enfermedad crónica. Padres cariñosos y sensibles frente a las necesidades del niño, son conceptuados como un factor protector frente a las potenciales dificultades que podría enfrentar el menor (Rutter, 2004).

La entrada al sistema escolar implica en la familia una apertura mayor al medio y el comienzo de un distanciamiento entre subsistemas parental – filial y fraternal, debido a que los niños entran en contacto con otras fuentes de información. Los padres pueden ver favorecida una mayor dedicación a sus intereses individuales y conyugales, sin embargo, esto puede ser difícil cuando hay un hijo con enfermedad crónica (Rossman, 1991).

Según Rossman (1991) Cuando la enfermedad del niño es anterior a la etapa escolar

La renuncia a las funciones de crianza y protección y su traspaso a “extraños” por parte del subsistema progenitor-hijo, y los encuentros del hijo con nuevos pares, a quienes no se ha enseñado como tratar a un niño enfermo, pueden plantear problemas críticos a la familia (p. 146).

En estas situaciones los problemas son atribuidos principalmente a conductas regresivas en los niños, quienes aparecen como más infantiles frente a compañeros o en su desenvolvimiento escolar (Rossman, 1991).

Cuando el diagnóstico de la enfermedad se realiza durante la etapa escolar, esto dependerá del desarrollo que haya logrado la familia hasta el momento. Sin embargo, el evento crítico de la presencia de una enfermedad puede hacer que la familia revierta conductas o se vuelva rígida frente a nuevas pautas que sean apropiadas desde el desarrollo, en función de brindar atención y protección al niño enfermo, volviendo al niño más regresivo (Rossman, 1991).

2) La escuela:

Durante la etapa escolar la escuela y los compañeros son un importante ámbito en la apertura hacia otros grupos sociales (Morín, Marfán & Icaza, 1997). Es en la escuela donde los niños comparan el desarrollo de sus habilidades con el de sus pares y conocen que aspectos y comportamientos son aceptados por otras familias. Los padres ya no son el único modelo para guiar actitudes y comportamientos (Morín, Marfán & Icaza).

Actualmente la jornada escolar completa hace que los niños permanezcan durante muchas horas con compañeros y profesores, sin embargo, la familia sigue siendo protagonista.

Según Getch, Bhukhanwala y Neuharth-Pritchett (2007) la adaptación escolar en niños diabéticos podría verse desfavorecida por el mayor cambio en sus estados de ánimo, ausentismo escolar y menor motivación.

En una investigación efectuada a 71 niños y adolescentes diabéticos se encontró, entre otras variables, que altos niveles de desajuste social y escolar se encuentran relacionados con un pobre control de la enfermedad (Martínez, Lastra & Luzuriaga, 2002).

En otro estudio cuyo propósito era determinar si la diabetes tipo 1 interfería en forma significativa en el desenvolvimiento escolar, se encontró que los niños diabéticos presentan en forma generalizada una mayor inasistencia escolar y problemas de comportamiento en comparación a otros niños (McCarthy, Lindaren, Mengeling, Tsalikin & Engvall, 2002).

Los problemas de comportamiento se ven especialmente reflejados en cambios en el estado de ánimo y fatiga, sin embargo, en el área de aprendizajes no habría diferencias, logrando niveles similares a sus pares (McCarthy et al., 2002).

3) Los pares:

Autores indican que en el caso de niños con enfermedades crónicas la interacción social con pares se vería desfavorecida, entorpeciendo el aprendizaje de las reglas sociales y el apropiado comportamiento social (Bijstra, Mellenbergh & Wolters, 2000).

La Greca (1990) señala que el vivir con una enfermedad crónica, restringe la convivencia con otros niños, debido a la interrupción en actividades diarias y las modificaciones que experimenta el estilo de vida, a causa de la necesidad de adaptarse a los protocolos de los tratamientos. A pesar de lo anterior, hay estudios que señalan que los niños diabéticos poseen un número similar de amigos al ser comparados con niños sin diabetes, así mismo se recrean y permanecen en actividades sin diferencias significativas (Moussa et al, 2005).

Navarro (2004) señala que los niños que padecen una enfermedad crónica, si bien, pueden participar en todo tipo de actividades, igualmente se encuentran limitados debido a las conductas y procedimientos que deben realizar (dietas, inyecciones, etc.), condiciones que aíslan de los niños que no padecen este tipo de enfermedades.

Este mismo autor señala que hay ocasiones en que creencias erróneas de la población contribuyen en el aislamiento del niño diabético, como por ejemplo: “Que son niños muy complejos para ser invitados a un cumpleaños”. Esto dificulta las amistades resultando este rechazo doloroso para el niño, a pesar de sostenerse en ideas equivocadas.

Según Storch (2004) los niños diabéticos se encuentran más expuestos a ser atacados y ser objeto de burlas por parte de sus compañeros de clase. El estudio realizado en Estados Unidos, arrojó que un tercio de los encuestados era sujeto de agresiones constantes por parte

de sus pares, provocando en los escolares consecuencias negativas en su estado de ánimo y sentimientos de soledad.

El estudio señala que una manera de evitar el parecer diferente a sus pares es el no realizar actividades propias del tratamiento de la diabetes (medir niveles de glucosa, evitar alimentos, inyecciones de insulina, etc.). Situación que afectaría en forma negativa la salud del niño.

A pesar de que la diabetes no genera consecuencias físicas observables en los niños, estos se sentirían distintos, vinculándose estas diferencias a las rutinas que deben seguir producto de los tratamientos. Se cree posible que los escolares que padecen de diabetes presentan ciertos comportamientos como búsqueda de atención (pareciendo muy demandantes) y baja autoestima, que los hacen más vulnerables frente a compañeros que son agresivos (Storch, 2004).

Segura y Valdivia (1995) en un estudio realizado en nuestro país, señalan que los adolescentes diabéticos presentan una expresión de los afectos y adaptación emocional más inmadura que los adolescentes sin enfermedad crónica, mostrando evitación de las relaciones y el contacto social, con dificultad para establecer relaciones estrechas.

El esfuerzo constante que debe realizar el adolescente insulino dependiente por mantener glicemias adecuadas y las dificultades que esto conlleva, generaría sentimientos de frustración por vivir con la enfermedad. Impidiendo “alcanzar una estabilidad emocional, por lo que le es más difícil relacionarse afectivamente, empatizar con otros, y expresar de manera espontánea y adecuada los afectos” (Segura & Valdivia, 1995, p. 93).

Otro estudio realizado con niños enfermos crónicos, entre los que se consideraba un grupo de niños diabéticos, indica que en comparación a niños sin enfermedades crónicas los primeros presentan menores niveles de agresividad, exhibiendo un comportamiento sumiso y menores niveles de comportamiento prosocial. Esto se justificaría en el ambiente que rodea al niño caracterizándose por ser sobreprotector, el cual entregaría menos posibilidades de aprender habilidades sociales (Bijstra, Mellenbergh & Wolters, 2000).

Los autores de este estudio llaman la atención de la alta frecuencia de respuestas que indican deseabilidad social presente en estos niños (Bijstra, Mellenbergh & Wolters, 2000).

En un estudio realizado por Phipps y Steele (2002) se encontró que niños con enfermedades crónicas (cáncer, diabetes, fibrosis quística y reumatismo juvenil) presentan una mayor represión en la expresión de la rabia, lo que podría afectar negativamente en la búsqueda de apoyo social, cuando se viven situaciones estresantes.

2.4.2.1.3. El vivir con diabetes durante la etapa escolar

Los niños diabéticos incorporarían a su historia vital, las vivencias que impone la enfermedad (Muñoz y Vargas, 2004).

El tener una enfermedad crónica determina una tarea adicional, pues se integra en el concepto de sí mismo el guión “tengo una enfermedad crónica”, el cual frente a las nuevas etapas de desarrollo es reelaborado (Muñoz y Vargas, 2004).

Los niños insulino dependientes perciben que algo no funciona del todo bien en ellos, a pesar de no ser evidentemente observable por los demás. Las experiencias de inyectarse, controles médicos y restricciones dietéticas propician experiencias relativas a la enfermedad, en donde los niños se comparan con pares sin diabetes, apareciendo el sentimiento de “ser raro” o “diferente” (Muñoz y Vargas, 2004).

Frente al contexto escolar y en la relación con otros significativos se ha observado que los niños enfermos crónicos se sitúan desde la valoración de la “debilidad” como un miembro del grupo al que hay que cuidar, pero que también reconoce la necesidad de ser cuidado. En este sentido y considerando la valoración que hacen las personas que rodean a los niños enfermos crónicos, estos tienden a incorporar la percepción de indefensión que los otros tienen de ellos (Muñoz y Vargas, 2004).

Las interacciones recíprocas que se establecen con la familia, pares y adultos significativos le devuelven una imagen al niño, el cual construye una imagen de sí mismo. De esta manera el autoconcepto puede verse favorecido sintiéndose capaz de alcanzar logros o deteriorado sintiéndose vulnerable.

En el caso de que los niños diabéticos son animados y reforzados en su iniciativa, estos presentan confianza en su capacidad para alcanzar metas, si por el contrario son restringidos el niño comienza a sentirse inferior, dudando de sus propias capacidades.

2.4.3. Autoestima

Un número creciente de psicólogos contemporáneos asignan a la autoestima una función en el desarrollo de la salud mental, en la integración de la personalidad y en la motivación del comportamiento (Oñate, 1989).

Para Piers-Harris la autoestima se conceptualiza desde la perspectiva fenomenológica, como un conjunto estable de autoactitudes, en donde hay una descripción y una evaluación (Gorostegui, 1992). Señalando que las autopercepciones que presentan las personas se refieren a aspectos importantes de su vida, y estas dan origen a cogniciones y afectos que poseen funciones motivacionales sobre el comportamiento (Piers, 1984 citado en Gorostegui, 1992).

Piers-Harris plantea como sinónimo de autoestima el de autoconcepto (Gorostegui, 1992), quien se basa en conceptos Rogerianos.

Rogers (1982) sostiene que el autoconcepto es como la persona se ve y se siente, incluyendo imágenes reales e ideales, distinguiendo entre sí mismo ideal y sí mismo real. Señalando que el sujeto posee una autopercepción que se encuentra integrada por características y capacidades, el que se forma en relación a los demás y al ambiente. Las metas e ideales son asociadas a valencias positivas o negativas.

Para este autor cuando hay una congruencia entre la imagen que tiene el sujeto de sí mismo (imagen real) y aquella que desea tener (imagen ideal), se logra la madurez (Saura, 1995).

2.4.3.1. Autoconcepto y autoestima

El autoconcepto se ha utilizado en la literatura para referirse a las ideas que posee la persona en relación a sí mismo (Saura, 1995). La autoestima en cambio, se referiría a la evaluación de las características, es decir, los sentimientos de estima personal (Saura, 1995).

A pesar de lo anterior ambos términos han sido utilizados indistintamente (Dorr, 2004). Siendo para Piers-Harris el término autoestima sinónimo de autoconcepto, en donde se puede hacer un acercamiento al sí mismo mediante la valencia positiva o negativa, que puede ser cuantificada (Gorostegui, 1992).

2.4.3.2. Autoestima y desarrollo evolutivo del niño

La imagen de sí mismo es vivida en forma distinta según la etapa de desarrollo (Dorr, 2004). La visión personal se desarrolla y estabiliza durante la niñez, si bien en los niños pequeños se observa una dependencia de las situaciones vividas, se espera que durante los años escolares esta se estabilice (Oñate, 1989). Influyendo el desarrollo cognitivo en la formación progresiva de la capacidad de introspección (Oñate).

Durante la infancia aparece la autoconciencia en donde el niño se da cuenta que es diferente de otros que lo rodean, siendo la imagen corporal fundamental durante este período (Dorr, 2004). La interacción con adultos proporciona la posibilidad de percepciones e imágenes profundas, como por ejemplo el ser amado, que más tarde se plasmará como la autovaloración (Saura, 1995).

A los dieciocho meses el niño puede reconocerse en un espejo (Dorr, 2004), entre los dos y los cinco años los individuos vivencian una afirmación paulatina de la propia imagen, aspecto que se ve favorecido por el intercambio con adultos. A los tres años el oposicionismo es una expresión de la sensación de individualidad.

Los juegos y el comportamiento imitativo les permiten a los niños identificarse y al mismo tiempo diferenciarse de los otros, el sentido del lenguaje expresa una conciencia más definida de sus posesiones, identificando lo que es propio (lo mío) y todo aquello que se reconoce en él (yo) (Saura, 1995).

Lécuyer plantea que a partir de los cinco años se entra en una etapa denominada “La expansión del sí mismo”. Esto se debe al comienzo de la etapa escolar que trae consigo un conjunto de nuevas experiencias, en donde se ven aumentadas el número de autopercepciones, aumentando, organizando y jerarquizando diferentes dimensiones (Saura, 1995).

Dorr (2004) señala que entre los seis y siete años los niños presentan la posibilidad de autodefinirse en términos psicológicos (ejemplo: “yo soy obediente”), desarrollando progresivamente el concepto de quien le gustaría ser (yo ideal) y el que realmente se es (yo real).

A partir de los 12 años los cambios físicos, el logro de autonomía, las experiencias académicas y las relaciones con otros inciden en una reformulación de la propia imagen, con

una mayor diferenciación en relación a los otros. Hay una percepción más profunda del sí mismo, con un esfuerzo por adoptar criterios personales (Saura, 1995).

2.4.3.3. Autoestima e interacción con otros

Se propone que la autoestima es el encuentro entre el individuo y lo social (Dorr, 2004).

Durante la niñez el sujeto regula su conducta para satisfacer sus propias necesidades, pero también para complacer los deseos de aquellos que lo rodean. El interactuar con otros y con el ambiente, permite formar percepciones del sí mismo en donde influirán factores culturales y biológicos (Oñate, 1989).

La convivencia con otros permite reunir juicios (normas, valores, reglas, nociones de lo que es deseable socialmente) que influirán en la autoimagen. Pero, también el individuo posee estándares internos con aspectos intraindividuales (Gorostegui, 1992).

Dependiendo del contexto el sujeto interpretará las actitudes y comportamiento de los otros. En esta interacción el niño se percibirá a sí mismo, lo que a su vez guiará su conducta (Oñate, 1989).

Kinch (1963) plantea:

1. El sujeto basa la percepción de sí mismo, en las respuestas que tienen los otros hacia él
2. La percepción que tiene el sujeto de las respuestas de otros hacia él refleja de alguna manera las respuestas reales que tienen los otros hacia él
3. El modo como se perciben las respuestas de otros influirá en la propia conducta
4. Las respuestas de los demás condicionan la manera como este se percibe
5. La conducta manifiesta del individuo se ve influenciada por las respuestas de los demás hacia él, convirtiéndose en un proceso circular de construcción social de la autoestima.

Durante la etapa escolar los niños van desarrollando una imagen de sí mismos, en donde las opiniones de los otros significativos conforman su valía. A menudo los niños que viven con diabetes pueden presentar dificultades en establecer una imagen de ellos mismos, debido a que la tensión de la enfermedad genera que el medio y en especial los padres, pongan el control de la diabetes como algo más importante que el niño en sí mismo (Hirsch & Woods-Buggeln, 2007).

2.4.3.4. Autoestima y escolarización

En la niñez la autoestima engloba aspectos relativos a la relación con pares y rendimiento escolar. Es en este contexto donde el niño se compara con otros y es comparado, aprendiendo respecto de sus capacidades y el esfuerzo que debe realizar para conseguir metas.

Durante este período se ven incrementadas las experiencias, las cuales son integradas a la imagen personal del niño, organizando y actuando como un motivador de la conducta. Lo anterior permite tener una imagen consistente de quienes somos y como enfrentamos diversas situaciones (Gorostegui, 1992; Oñate, 1989; Saura, 1995).

En la etapa escolar el estatus social y académico cobra gran importancia, pues el rol de estudiante permite adquirir nuevos grupos de pertenencia y referencia, con nuevos estándares para juzgarse. Los niños son evaluados en áreas que aumentan su importancia o que son nuevas para estos como lo son la madurez social, condiciones físicas, la competencia académica, entre otros (Gorostegui, 1992).

Se considera que el autoconcepto es uno de los factores que condicionan el rendimiento académico y que incluso posibilita el aprendizaje (Saura, 1995). Los niños que desarrollan actitudes positivas frente a la escolarización, presentan confianza en ellos mismos, percibiéndose como capaces de alcanzar logros y perseverando frente al fracaso (Dorr, 2004).

Durante la etapa escolar puede producirse lo que se ha llamado ilusión de incompetencia. En donde la percepción negativa que tiene el niño de sus habilidades da como resultado bajo rendimiento y fracaso, a pesar, de que el escolar cuenta con habilidades necesarias para enfrentar la tarea (Gorostegui, 1992).

El origen de esta situación puede encontrarse en estándares severos y exigentes, en donde el niño al compararse se aprecia en desmedro. Como consecuencia el sujeto evita exponerse

como una forma de autoprotegerse, minimizando el esfuerzo, seleccionando tareas donde el éxito es completamente accesible o por el contrario inalcanzable (Dorr, 2004).

Frente a distintos objetivos el autoconcepto puede ser un facilitador o un impedimento para el logro, lo que influirá en la manera de actuar. De esta forma, personas que poseen una imagen positiva de sí mismos se encuentran más motivados, persisten en su esfuerzo, son más efectivos socialmente y manifiestan menos ansiedad frente a situaciones difíciles (Saura, 1995).

2.4.3.5. Autoestima y diabetes

Flórez (2001) señala que tras el diagnóstico de diabetes uno de los primeros aspectos que se deterioraría es la imagen de sí mismo. Esto se debe a que las personas se identifican como enfermas, con barreras y pérdida de control respecto a sus vidas.

Niños que vivencian esta patología pueden desarrollar una autoimagen de “enfermizo”, especialmente cuando poseen padres muy aprensivos, presentando una mayor dificultad en el desarrollo de una imagen positiva (Juvenile Diabetes Research Foundation International, 2007).

Esta situación se puede ver agravada por los prototipos e ideales de lo que es ser exitoso y popular actualmente. Los medios de comunicación muestran personas físicamente perfectas y bellas, lo que se enfrenta al diagnóstico de la diabetes que trae consigo el saber del daño que presenta el organismo, a pesar de no presentar marcas corporales visibles (Juvenile Diabetes Research Foundation International, 2007).

Esto redundaría en que niños y adolescentes diabéticos puedan sentirse inseguros frente a la aceptación que obtendrán de sus pares y sexo opuesto (Juvenile Diabetes Research Foundation International, 2007). Lo anterior puede ser evidenciado en un estudio hecho por Jacobson (1986) quien encontró que el 55% de los niños que son diagnosticados con diabetes, no comenta con sus compañeros esta situación. Además el 35% cree que sus pares estarían más a gusto con ellos, si no presentaran este diagnóstico.

Martínez et al. (2002) en una investigación realizada con niños y adolescentes insulino dependientes encontró que en comparación a escolares sin esta enfermedad, los primeros presentan una peor autoestima. Esto se relacionaba con el hecho de sufrir diabetes.

Resultados similares fueron aportados por Lucio (2003) quien encontró que adolescentes diabéticos tipo 1 se perciben diferentes. La investigación mostró características específicas según el sexo, particularmente las mujeres intentan mostrar una imagen de autosuficiencia que las conduce a negar sus debilidades, apreciándose más defensivas y enojadas. Por otra parte, los hombres inhiben su agresión y se muestran más sumisos, con la finalidad de obtener aprobación y ganar afecto.

Otra investigación realizada en jóvenes árabes arrojó que en comparación al grupo control, los adolescentes diabéticos se perciben a sí mismos más negativamente, presentando puntajes más bajos en apariencia física y competencia atlética. En especial las mujeres tendrían una imagen más deteriorada de sí mismas (Valsamma, Abdel, Sabri & Bin-Othman, 2006).

Otros estudios han enfatizado la influencia de la familia y en especial de los padres en el nivel de autoestima que presentan los niños diabéticos. Se ha relacionado la crianza sobreprotectora con bajos niveles de autoestima (Juvenile Diabetes Research Foundation International, 2007).

Anderson (2004) señala que padres cariñosos que imponen límites claros a sus hijos, ayudan a desarrollar una autoestima positiva. Esta autora indica que el manejo de la enfermedad aumenta la oportunidad de que los niños desarrollen responsabilidades, resuelvan problemas, posean autodisciplina y que los padres los apoyen frente a sus errores, ofreciendo una retroalimentación positiva. Esto estaría relacionado con mejores niveles de control glicémico y una mejor adherencia a tratamientos.

Se ha observado que la educación respecto a la diabetes y el buen manejo del estrés en las familias mejora el adecuado tratamiento de esta enfermedad, incidiendo en altos niveles de autoestima (Hatun et al., 1999).

En un estudio realizado con adolescentes chilenos se encontró que el apoyo de los padres se encuentra asociado significativamente con la variable autoestima. Lo que sugiere que los adolescentes que presentan mayor apoyo de sus figuras parentales, presentan una mejor valoración de ellos mismos. Afectando indirectamente el sentido de autoeficacia, variable que se encuentra asociada directamente con una positiva adherencia a los tratamientos (Salvador, 2004).

Los estudios intentan relacionar los niveles de autoestima que presentan niños y adolescentes y su adherencia a los tratamientos. En un estudio realizado por Littlefield y colaboradores (1992) se encontró que los adolescentes que presentaban bajos niveles de autoestima, también reportaban menor adherencia a los tratamientos.

Niveles de autoestima alta se encuentran positivamente relacionados con una buena adherencia a las dosis de insulina y régimen de ejercicios, influyendo positivamente en los cuidados diarios. En acuerdo con lo anterior Schiffrin (2001) señala que problemas de autoestima en conjunto con síntomas depresivos, tendrían un impacto negativo en la adaptación a la diabetes y el control metabólico.

2.5. Familia y Enfermedad Crónica

La familia se define como un grupo social que se relaciona y se encuentra unido por vínculos de filiación (biológica o adoptiva), consanguinidad y de alianza entre sus miembros. En la familia se incluyen las uniones de hecho, cuando estas han permanecido estables en el tiempo (Comisión nacional de la familia, 1992).

El grupo familiar se encuentra sometido a presiones que provienen desde su interior y el medio. La presión interna proviene de la evolución de sus miembros y subsistemas, caracterizada por el desarrollo individual y familiar, desde el medio externo se encuentra tensionada por la necesidad de acomodarse a las instituciones sociales y por crisis accidentales. El diagnóstico de diabetes es una crisis accidental, con la característica de ser permanente, esto representa un evento tensionante que afecta no solo al niño enfermo, sino que a la familia como un todo (Ramírez et al., 2000).

La forma en que el niño enfrenta su enfermedad se encuentra mediatizada en gran medida por la manera en que su familia lo hace. Donde hay una influencia recíproca entre la enfermedad crónica y los procesos familiares, los cuales afectarán y serán afectados por el niño diabético (Herscovici, 2002; Mussatto, 2006; Navarro, 2004).

2.5. 1. Salud mental del cuidador

Frente al diagnóstico de enfermedad crónica en el niño es un miembro de la familia el que asume con frecuencia el rol de entregar cuidados informales, no remunerados, en función de satisfacer las demandas generadas por la enfermedad (García, 2000).

La enfermedad crónica conlleva cambios en la vida diaria, generando nuevas necesidades y demandas. Esto es asumido por una de las personas cercanas al niño, quien en forma continua contribuye a mantener su calidad de vida (Merino, 2004).

El cuidador puede asumir su rol por diversos motivos (económicos, afectivos, etc.), tomando con frecuencia las decisiones respecto del cuidado del niño, brindando cuidados básicos y cotidianos.

Se observa en la literatura una tendencia a situar en el rol de cuidador a mujeres (García, 2000; Grupp-Phelan et al., 2007; Santos et al., 2006). En un estudio realizado en Colombia, se observó que de 90 cuidadores el 16,7% eran hombres y el 83,3% de sexo femenino (Ortiz, Pinto & Sánchez, 2006).

En un estudio realizado en España se encontró que la responsabilidad de cuidar recae generalmente en una sola persona, siendo esta habitualmente la madre del niño (García, 2000). Sin embargo, se ha observado que las abuelas estarían también asumiendo este rol, especialmente en poblaciones más desposeídas (Joslin & Brouard 1995 citado en García, 2000).

En el caso del niño diabético las decisiones familiares son centralizadas generalmente en la figura de la madre (Navarro, 2004), quien asume en forma principal el cuidado del niño (Bilbeny, Droguett & Droguett, 1994; Tsamparli & Kounenou, 2004).

El trabajo realizado por el cuidador principal puede ser secundado por la presencia de otros cuidadores, quienes cooperarían tomando un rol secundario. Entre estos se hace especial mención al padre y abuelos (García, 2000).

Si bien se debe considerar que la diabetes permite al niño participar en actividades escolares y sociales, en ausencia de cuidados que impliquen una dependencia absoluta con respecto a su cuidador (reposo continuado, incapacidad para moverse, etc.). El tratamiento y evitación de complicaciones requiere de hábitos estructurados y demandas conductuales diarias, que son generalmente guiadas por un adulto (Silverstein et al., 2005).

Durante la niñez tardía se aprecia una creciente capacidad de los niños en asumir responsabilidades relativas al autocuidado, entre estas se cuentan el medir los niveles de glucosa, conteo de carbohidratos e inyecciones de insulina (Silverstein et al., 2005).

Sin embargo, la presencia de cuidadores responsables que apoyan el tratamiento en forma diaria, se asocia con un apropiado control de la enfermedad. Observándose, que altos niveles de estrés en los cuidadores se encuentran relacionados a bajos valores de hemoglobina glicosilada (Hb1 Ac), indicador de un buen control metabólico (Stallwood, 2005).

En el caso de adolescentes un estudio reciente señala que un monitoreo constante y cuidadoso por parte de los padres, es fundamental en la adherencia de los jóvenes en su tratamiento, siendo el apoyo emocional insuficiente para que estos sigan adecuadamente los cuidados necesarios (Ellis et al., 2007).

El hecho de cuidar a un niño con diabetes no solo presenta demandas para el niño en sí mismo, sino que genera una situación de tensión para el cuidador. Según Harter et al (1984) la diabetes es una de las enfermedades crónicas menos aceptadas durante la niñez y la adolescencia, debido a la naturaleza obligatoria de las inyecciones de insulina, la incurabilidad de la enfermedad, la necesidad de vigilar la dieta y la continua vigilancia.

Enfrentando las familias y en especial las madres de niños diabéticos diez tareas fundamentales, entre las que se cuentan: inyecciones, dieta, hipoglicemia, gastos económicos, apoyo emocional, tiempo en la atención al niño, el generar un desarrollo de la independencia adecuada, enfrentar los sentimientos de que la enfermedad es un castigo y el temor a las futuras complicaciones (Harter, et al., 1984).

En un estudio realizado a padres de niños diabéticos se observó que en comparación a niños sin diabetes, los primeros reportan en forma significativa menores niveles de satisfacción en la tarea de ser padres (Rodrigue, Geffken, Clark, Hunt & Fishel, 1994).

Los cuidadores de niños diabéticos deben aprender sobre el manejo de la enfermedad reconociendo efectivamente los signos de descompensación de esta, lo que implica una vigilancia de los niños. En un estudio realizado con madres de niños diabéticos menores de cuatro años se encontró que una de las preocupaciones constantes de estas era el temor a las hipoglicemias (Sullivan-Bolyai, Deatrck, Gruppuso, Tamborlane & Grey, 2002).

El cuidar a un niño con enfermedad crónica puede generar un impacto negativo en la salud mental del cuidador (García, 2000; Santos et al., 2006). Cuidadores de pacientes diabéticos tipo 1 señalan encontrarse insatisfechos con sus circunstancias de vida, presentando mayor presencia de problemas físicos (Awalla, Ohaeri, Tawfig & Al Awadi, 2006).

Los cuidadores presentarían mayor frecuencia de problemas crónicos tanto físicos como emocionales, lo que afectaría negativamente la tarea de cuidar, viéndose afectado el niño (García, 2000).

Las implicancias de encontrarse en constante vigilancia, sumado a las dificultades de encontrar personas que apoyen el cuidado del escolar por períodos de tiempo breve (debido a actividades sociales, responsabilidades laborales, viajes, etc.). Puede generar en algunas madres, quienes asumen como cuidadoras, problemas físicos y emocionales (Sullivan-Bolyai, Deatrck, Gruppuso, Tamborlane & Grey, 2002).

En cuidadoras de niños diabéticos Brasileños se observó una alta presencia de desordenes ansiosos (32,8%), seguido de trastornos del ánimo (26,1%) y uso de sustancias adictivas (10,1%) (Santos et al, 2006).

Se ha observado que los cuidadores, en ocasiones, renuncian a proyectos y necesidades personales en función de poder cuidar. De esta manera se generan situaciones de frustración y tensión para el cuidador, las cuales también afectan al niño (Navarro, 2004).

2.5.2. Funcionamiento Familiar y enfermedad crónica

La familia cumple funciones necesarias para el desarrollo de sus miembros (Retamales, Bhen & Merino, 2004). Una familia se considera funcional cuando tiene la capacidad de satisfacer las tareas que le han sido encomendadas, considerando la etapa del ciclo vital y las demandas provenientes del ambiente externo (Caballero & Fernández, 2006).

Para Smilkstein la familia tiene como principal objetivo apoyar a sus miembros, estableciendo como criterio de funcionamiento familiar sano los siguientes componentes: (Jara, Maddaleno, Florenzano y Salazar, 1989)

- Adaptabilidad: Capacidad para utilizar los recursos que posee la familia y la comunidad, para resolver dificultades y situaciones críticas.
- Participación: Capacidad de la familia para poder comunicarse, compartiendo problemas, con el objetivo de resolverlos en forma conjunta.
- Gradiente de crecimiento: Capacidad de la familia para poder sobrellevar las distintas etapas del ciclo vital, permitiendo a sus miembros la individuación y separación.

- **Afecto:** Capacidad para experimentar afecto, preocupación y cariño por los miembros de la familia. Incluyendo la expresión de emociones.
- **Resolución:** Capacidad de compartir el tiempo y los recursos de los miembros de la familia, en función del bienestar y apoyo de sus miembros.

Frente a un miembro de la familia enfermo los patrones interactivos disfuncionales pueden aumentar a lo largo del tiempo (Hercovici, 2002).

La enfermedad interfiere con los ciclos evolutivos de las personas y de la familia en su conjunto, es decir, las tareas normativas que debe enfrentar la familia se ven influenciadas por la vivencia de la enfermedad, por esto las estrategias de afrontamiento que posea la familia así como el apoyo de redes sociales son fundamentales para el buen cumplimiento de estas (Rolland, 2000).

Se ha observado en las familias con enfermos crónicos que las tareas evolutivas de sus miembros se prolongan debido a la necesidad de cuidar a la persona enferma, interfiriendo con los proyectos personales, profesionales y amistades de los miembros de la familia, así como los del niño enfermo (Navarro, 2004). Esto genera que no se desarrollen experiencias y habilidades que interferirán en el siguiente momento evolutivo. Recurrentemente se habla de la necesidad de “poner a la enfermedad en su lugar”, lo que generalmente no resulta fácil en la vida cotidiana de las familias con un niño enfermo crónico (Steinglass y Reiss en Navarro, 2004).

Las tareas evolutivas de la familia implican la alternancia de momentos centrípetos y centrífugos. En el primero la tarea se centra al interior de la familia, manteniendo la estructura de funcionamiento. En el segundo la tarea familiar esta fuera, generando nuevas estructuras de funcionamiento familiar. Frente a la enfermedad crónica de uno de los hijos hay mayor presencia de momentos centrípetos, influyendo en la individuación de los miembros de la familia (Navarro, 2004).

Generalmente en las familias de niños enfermos crónicos se aprecia una constante tensión, que afecta la resolución de problemas y la toma de decisiones, frente a dificultades que otras familias no presentan (Rolland, 2000).

Debido a lo anterior Navarro (2004) señala como fundamental para el adecuado funcionamiento familiar compatibilizar los cuidados del niño enfermo con los planes de la

familia, contando con apoyo social y emocional que permita expresar sentimientos y reacciones de los miembros de la misma, identificando los requerimientos de la enfermedad sin que esto interfiera en el crecimiento de los miembros. El autor hace hincapié en la necesidad de apoyo y de “respiro” del cuidador.

2.5.3. El diagnóstico de la enfermedad y su impacto en la familia

El diagnóstico de diabetes en un hijo genera tristeza y otras veces rechazo, siendo esperable que los padres presenten emociones intensas, que pueden llevar a alterar el funcionamiento familiar (Grupo Diabetes SAMFyC: Abordaje familiar, 2000).

La familia del niño diabético debe enfrentar en una primera instancia el impacto del diagnóstico y después la incertidumbre de la enfermedad, pues la diabetes se caracteriza por ser inestable durante la niñez y adolescencia (Bilbeny, Droguett & Droguett, 1994).

En la diabetes muchas veces los padres no reconocen los síntomas en forma temprana, enterándose de la enfermedad cuando el niño presenta un coma diabético o es hospitalizado por la presencia de síntomas, presentando así la enfermedad un comienzo brusco (Mussatto, 2006).

La diabetes es una enfermedad que habitualmente ha sido observada en un miembro de la familia en forma anterior al diagnóstico del niño, lo que genera vivencias en relación a la misma, que afectarán los niveles de tensión al conocer su presencia en un hijo (Landolt et al., 2003).

Se ha observado que frente al diagnóstico las familias de niños diabéticos utilizan como recurso preferente el apoyo social, es decir, tienden a pedir ayuda a instituciones o personas que pueden brindar apoyo moral o auxiliar en momentos difíciles, en especial aquellos que alertan sobre el estado de ánimo, las señales de peligro y sobre lo incorrecto de ciertas acciones (Navarro, 2004). En nuestro país esto puede ser ejemplificado en la fundación de diabetes juvenil, institución que se estima tendría inscrito prácticamente el 100% de los niños diagnosticados en Santiago (Estadísticas de la Fundación de diabetes Juvenil de Chile, 2006).

Hill (1949 citado en Kornblit, 1984) plantea que frente al diagnóstico las familias vivencian un período de desorganización en donde la noticia de una enfermedad crónica, como la diabetes, afectaría el funcionamiento familiar. Esto se aprecia en el agravamiento de fracturas

que previamente ya se encontraban presentes en el sistema. Otra posibilidad es que la crisis sea evitada por la dificultad para tolerar la desestructuración.

Kornblit (1984) plantea como necesario el “tocar fondo³”, esto permitiría aceptar la situación para después poder organizarse en función de este nuevo acontecimiento. Un ejemplo de dificultad para enfrentar la crisis que conlleva una enfermedad crónica es la reorganización precoz del sistema, en donde habría más una negación que una aceptación de la enfermedad

Hill (1949 citado en Kornblit, 1984) indica que señales como búsqueda de información sobre la diabetes por parte de uno de los familiares, la reconexión con figuras anteriormente significativas, el preocuparse por los hermanos del niño y el descentrar la atención sobre el niño diabético, son indicadores de que la familia se encuentra en un punto de recuperación después del diagnóstico.

2.5.4. La vivencia de la enfermedad

La familia procesará la vivencia de un niño diabético según su particular grupo de conocimientos respecto de la enfermedad y experiencias previas sobre el cuidado de pacientes insulino dependientes. Esto hace mención en especial a los acontecimientos dramáticos que hayan vivenciado miembros de la familia (Ej.: ceguera, amputaciones, úlceras, etc.) o el buen manejo de la misma, en donde no se observaron alteraciones visibles en la salud del enfermo (Grupo Diabetes SAMFyC: Abordaje familiar, 2000; Kornblit, 1984).

Esto puede distorsionar en forma involuntaria la información entregada por el médico tratante ocasionando conductas erráticas con resultados negativos, especialmente por la labilidad de la diabetes y la necesidad de un control estricto de esta (Kornblit, 1984).

La diabetes provoca que el grupo familiar presente una nueva distribución de tareas o por el contrario consolide su estructura anterior (Kornblit, 1984). En el caso de niños y adolescentes con diabetes es muy común que todos los miembros de la familia adopten nuevas normas y en ocasiones nuevos papeles (Grupo Diabetes SAMFyC: Abordaje familiar, 2000).

Generalmente el grupo familiar se hace cargo de nuevas rutinas y hábitos alimenticios, esto se puede ejemplificar en la vida diaria de un niño con diabetes. Habitualmente el día del niño

³ Para Bateson “El fondo” es un momento de pánico que posibilita el cambio. “Pero no un momento en que el cambio es evitable” (Bateson en Kornblit, A 1984 p 58)

comienza a las 7 de la mañana, incluyendo fines de semana, donde diariamente debe realizar las tareas que exige el tratamiento. Entre estas se encuentran el control glicémico, administración de insulina, comidas y colaciones, repitiendo estas acciones durante el día hasta las 23 hrs. aproximadamente, hora en que el niño toma su última colación y se administra insulina para la noche (Bilbeny, Droguett & Droguett, 1994).

Se ha observado en familias de niños diabéticos y con enfermedades crónicas una dinámica familiar en donde al niño enfermo se le exige menos y se le permite traspasar límites, dificultando que aprenda de sus errores (Navarro, 2004).

Los padres de niños diabéticos y en especial sus madres se preocupan de las consecuencias que podría tener sobre la salud de los niños el imponer disciplina. Los padres se ven influenciados por las demandas que exige el tratamiento y los límites que este impone, percibiendo como excesivamente restrictivo el además limitar otras áreas de la vida del niño (Tsamparli & Kounenou, 2004).

Las dificultades frente a la enfermedad pueden provocar conflictos al interior de la familia con patrones relacionales disfuncionales, esta situación en sí misma actúa como un estresor crónico que a su vez afecta el control metabólico del niño (Tsamparli & Kounenou, 2004).

Uno de los riesgos señalados por la literatura es cuando la familia se reorganiza en función a un vínculo privilegiado entre el niño diabético y un miembro de la familia, quien se responsabiliza del control y evolución de la enfermedad. Esto marginaría a otros integrantes del grupo familiar y obstaculiza que el niño, dentro de sus posibilidades, se haga cargo de su autocuidado. Este mecanismo da como resultado un empobrecimiento de la red relacional y de las posibilidades de crecimiento (Hill 1949 citado en Kornblit, 1984).

Mussatto (2006) señala que dentro de los factores protectores, que favorecerían una respuesta positiva de la familia a la enfermedad crónica se encuentran el soporte social que presentan los padres de niños enfermos, el apoyo que brinda la comunidad, sus experiencias previas con situaciones estresantes y el nivel socioeconómico. Dentro de los recursos internos de la familia se enfatiza la interpretación que hace esta de los niveles de estrés que genera la enfermedad.

2.5.5. Impacto de la enfermedad en los subsistemas familiares

Con el tiempo la gran mayoría de las familias demuestran una positiva respuesta al nuevo estilo de vida y al estrés que significa la diabetes. Esto sin embargo, no es estático, por esto los miembros de la familia oscilarán entre períodos de adaptación y dificultades frente a la enfermedad, dependiendo de las demandas que esta exige. Incluso no es poco común que distintos miembros de la familia manifiesten distintos niveles de aceptación (Mussatto, 2006).

2.5.5.1 Los padres del niño diabético

Se ha observado que el ajuste marital frente a la enfermedad crónica de un hijo, depende principalmente del nivel de funcionamiento general previo de la familia (Torres, 2004).

La enfermedad de un hijo se considera como un estresor que tensiona la relación de pareja manifestándose mayor grado de conflicto, más peleas, menor intimidad y dificultades para tomar decisiones. (Navarro, 2004). En un estudio realizado a 53 niños y adolescentes diabéticos el 68% de las familias señaló presentar divorcio o relaciones familiares conflictivas en forma frecuente (Vila et al 1995 citado en Martínez, 2002).

La triangulación del niño en conflictos parentales es una de las características de organización familiar estudiada por Minuchin (1974) dentro de lo que él llamo la familia psicósomática. Este autor plantea que la diabetes juvenil es un cuadro que puede verse agravado por un sistema familiar patológico, en donde el niño presentaría un control inestable de su cuadro. La enfermedad sirve a los padres para evitar sus propios conflictos, centrando en la enfermedad del niño los problemas familiares. La tensión del sistema conyugal es expulsada fuera de esta focalizándola en el niño diabético, esto permite mantener la relación de pareja unida, constituyendo el niño y su enfermedad un chivo expiatorio (Bilbeny, Droguett & Droguett, 1994).

En un estudio realizado en niños diabéticos griegos que presentaban un mal control de su enfermedad, se encontró que las parejas manifestaban no tener tiempo para su relación marital debido a las demandas que requiere el tratamiento de sus hijos. Las madres permanecían la mayor parte del tiempo cuidando a su hijo diabético, incluso la mitad de las encuestadas reconoció dormir con estos. En coincidencia con lo planteado con Minuchin la presencia de diabetes permitió el focalizar la tensión de pareja en la enfermedad, restándole importancia a problemas y crisis previas. Las dificultades maritales se focalizaban principalmente en el niño

con diabetes, acusándose mutuamente del mal manejo del niño. La queja de las madres se encontraba especialmente orientada a la poca ayuda que reciben de sus parejas, cargando con el control y cuidado de su hijo. Por otra parte, los padres caracterizan a las madres como sobreprotectoras y responsables del mal control metabólico de los niños (Tsampanli & Kounenou, 2004).

En una investigación realizada por Bilbeny, Droguett y Droguett (1994) en nuestro país se observó que los padres de los niños diabéticos estudiados, presentaban mayor facilidad para definirse en función de la tarea de ser padres y cuidar de un hijo diabético antes que definirse como pareja. En forma coincidente con otros estudios se observó cansancio y falta de tiempo debido a la enfermedad en uno de sus hijos, restando espacio a actividades maritales. De la misma manera, la madre se encontraba a cargo del cuidado del niño diabético siendo esta la que se responsabilizaba de la dieta, controles glicémicos e inyecciones de insulina, siendo el padre más periférico y menos involucrado en el cuidado del niño.

La presencia de enfermedad en un hijo influye negativamente en la satisfacción marital de la pareja y en la salud mental de ambos (Berge, Patterson & Rueter, 2006). En un estudio realizado a padres y niños diabéticos bajo tratamiento intenso se encontró que a pesar de que las familias presenten un buen manejo de la enfermedad y posean una buena calidad de vida, el 29% de los padres presenta una alta presencia de síntomas depresivos (Whittemore, Urban, Tamborlane & Grey, 2003).

La tensión generada por la enfermedad influye en que las madres presenten trastornos relacionados con el estrés como fatiga, dolores de cabeza, depresión e insomnio. Los padres también presentarían síntomas de depresión, dolores de cabeza y úlceras (Navarro, 2004).

Resultados coincidentes fueron aportados por Berge, Patterson y Ruetter (2006) quienes encontraron síntomas depresivos en las madres de niños enfermos crónicos.

2.5.5.2. Los hermanos del niño diabético

Los hermanos de niños con enfermedades crónicas, tienen cuatro veces más probabilidades de presentar problemas de adaptación en relación a otros niños (Navarro, 2004). Estudios indican que los hermanos de niños diabéticos presentan en forma significativa mayores niveles de estrés psicológico interno, los cuales se originan en altos niveles de ansiedad y baja autoestima (Hollidge, 2001).

La adaptación de los hermanos se ve influenciada por dos aspectos: la percepción del nivel de control que se ejerce sobre la enfermedad y el impacto de la misma sobre los miembros de la familia, incluyendo la relación de los padres. Mientras se observe un adecuado control de la patología y un menor impacto sobre la familia, la adaptación se verá favorecida (Gallo, Breitmayer, Knafl & Zoeller, 1993).

La rivalidad entre hermanos es un aspecto esperable en las relaciones familiares, sin embargo cuando se aprecia la presencia de diabetes los padres deben luchar en función de poder alcanzar un buen control de la enfermedad. En esta tarea los hermanos son desplazados vivenciando respuestas emocionales que pueden ser contradictorias hacia el enfermo (Navarro, 2004).

La tensión constante de los padres respecto la salud de un hijo diabético puede provocar en sus hermanos sentimientos de preocupación. Esto se debe a que los niños observan como sus padres vivencian temor frente a la desestabilización, sentimientos que son percibidos por los niños, contagiándose con estos (Navarro, 2004).

A pesar de lo anterior, el impacto de una enfermedad crónica también podría provocar consecuencias positivas. Es así, como se ha observado que hermanos de personas crónicamente enfermas, aseguran que el vivir esta situación les ayudó a ser personas más compasivas y sensibles al dolor de otros (Navarro, 2004).

2.5.6. Criticismo al interior de la familia

La crítica es definida como “Frases que por la manera en que están expresadas constituyen un comentario desfavorable sobre el comportamiento o la personalidad de la persona a la que se refiere” (Vaughn & Leff en García Nieto, 2004 p. 3).

El concepto de crítica proviene de un constructo más amplio denominado “Expresividad emocional” propuesto por Brown y Rutter (1985) el que hace referencia en forma indirecta a las interacciones del medio familiar observando crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento en sus miembros (García Nieto, 2004). El concepto de expresividad emocional surge producto de investigaciones empíricas que mostraban recaídas en pacientes esquizofrénicos, bipolares y anoréxicas observándose que estas variables se encontraban altamente presentes en la familia (Fristad, Goldberg & Gavazzi, 2003).

Miklowitz et al. (2005) propone que una buena alternativa para conocer la emoción expresada dentro de una familia es la crítica percibida al interior de esta.

El criticismo se encuentra asociado con sintomatología emocional al interior del grupo familiar (Fristad, Goldberg & Gavazzi, 2003). Un estudio realizado por McCarthy, Lau, Valeri & Weisz (2004) concluyó que la alta presencia de comentarios críticos por parte de los padres de niños y adolescentes es un indicador de interacciones problemáticas entre estos.

Los comentarios negativos al interior de la familia han sido asociados con efectos negativos a largo plazo, donde las críticas de los padres se encuentran relacionadas con bajo nivel de autoestima en los hijos y escaso soporte emocional para estos (Taylor et al., 2006).

Estudios efectuados en niños y adolescentes indican que el criticismo se encuentra vinculado con reportes de psicopatología en el niño, señalando que la crítica mediaría en forma parcial la relación entre síntomas presentes en el niño y psicopatología de la madre (McCarty & Weitsz, 2002).

También se ha observado que madres deprimidas son más críticas con sus hijos, quienes fueron descritos con mayor cantidad de problemas conductuales en comparación al grupo control (Rogosh, Cicchetti & Toth, 2004).

La enfermedad crónica infantil presenta una reactividad en el entorno familiar, alterando las relaciones al interior de esta (Hercovici, 2002). En un estudio hecho en niños diabéticos se observó que las madres de estos presentaban una alta presencia de criticismo en comparación al grupo control (Liakopoulou et al., 2001).

Las investigaciones también han observado la relación entre criticismo y control glicémico, encontrando que los comentarios críticos predicen el control del niño diabético (Koenigsberg, Klausner, Pelino, Rosnick & Campbell, 1993). Otro estudio señala que el control metabólico del niño se vincula con el criticismo, hostilidad y sobreinvolucramiento emocional de la madre (Liakopoulou et al., 2001).

Resultados opuestos fueron obtenidos en una investigación que buscó relacionar buen control metabólico con una baja presencia de comentarios críticos, determinando ausencia de relación entre ambas (Worrall- Davies, Owens, Holland & Haigh, 2002).

2.6. Salud Mental y Diabetes tipo 1

La vivencia de una enfermedad crónica como la diabetes presenta efectos en la vida del individuo, en su familia y en su relación con otros, siendo esta relación bidireccional. Desde el modelo biopsicosocial se considera que la biología del individuo se encuentra relacionada e interactuante con la psicología y el medio social en el cual se desenvuelve la persona, con influencias mutuas. Desde este punto de vista dinámico el enfermar físico, como lo es la diabetes, tendrá consecuencias en otras áreas como es la posibilidad de enfermar emocionalmente.

La explicación de cuadros psicopatológicos en personas diabéticas no solo queda en el campo de la psicología sino que también en el de la biología y medicina, postulándose que la evolución de la enfermedad en sí misma podría influir en la propensión a desarrollar trastornos emocionales.

El vivir con una enfermedad durante la niñez se encuentra asociado a efectos negativos en el desarrollo emocional, estimándose que los niños enfermos crónicos presentan dos veces más probabilidades de desarrollar un desorden psiquiátrico en comparación a niños sin estos cuadros (Mrazek, 2004).

En los niños insulino dependientes el riesgo de presentar un cuadro psicopatológico es mayor en casos más severos o en aquellos que requieren hospitalizaciones en forma más recurrente (Mrazek, 2004). En un estudio realizado por Liss (1998 citado en Mrazek, 2004) 88% de los menores diabéticos hospitalizados presentaba criterios compatibles con una enfermedad psiquiátrica y solo el 28% de los niños no hospitalizados poseía un trastorno.

Tener diabetes durante la adolescencia es un factor de riesgo para presentar trastornos psiquiátricos. En un estudio realizado en un grupo de 93 adolescentes diabéticos evaluados a través de entrevistas estructuradas, se encontró que la tasa de desordenes psiquiátricos era de un 33,3%, siendo este resultado considerablemente mayor a lo pesquisado en el grupo control (adolescentes sin diabetes) (9,7%). (Blanz, Rensch-Riemann, Fritz-Sigmund & Schmidt, 1993)

Kovacs et al. (1990) señala que aproximadamente el 36% de los niños recién diagnosticados presenta algún problema psiquiátrico durante el primer año, en especial depresión. Después del primer año de ser diagnosticados hay un grupo de niños que no presenta signos de

patología psiquiátrica, sin embargo se estima que un grupo significativo persistiría una tasa elevada de depresión y ansiedad (Martínez, 2002; Hood et al., 2006).

La morbilidad de cuadros psiquiátricos en niños y adolescentes diabéticos se encuentra asociada en una primera instancia a depresión mayor y en segundo lugar al trastorno de ansiedad generalizada (Silverstein, Klingensmith, Copeland & Plotnick, 2005).

Hood (2006) en un estudio realizado en niños y adolescentes diabéticos norteamericanos evaluados con el cuestionario de depresión infantil (CDI), encontró que uno de cada siete casos presenta sintomatología depresiva, siendo el doble de lo estimado para la población joven en general.

Kovacs y colaboradores (1997) encontraron que después de diez años de diagnóstico el 47,6% de niños y adolescentes diabéticos desarrolló trastornos psiquiátricos, predominando el cuadro de depresión mayor, con una alta prevalencia de desordenes ansiosos y conductuales.

Si bien, los estudios se inclinan por la presencia de trastornos depresivos y ansiosos en niños y adolescentes diabéticos, otros estudios ponen en evidencia la presencia de otras patologías y problemas de salud mental.

2.6.1 Problemas de salud mental en personas diabéticas

1) Conductas de riesgo:

Estudios empíricos han observado conductas de riesgo, a las cuales se exponen adolescentes diabéticos. Una de ellas es el experimentar con cambios en los hábitos de autocuidado, llegando incluso a la no-adherencia en los tratamientos. Los hombres diabéticos, incurren con mayor frecuencia en conductas de riesgo (consumo de alcohol, drogas, relaciones sexuales sin protección), relacionando el consumo de alcohol a severas hipoglicemias (Silverstein, Klingensmith, Copeland & Plotnick, 2005).

2) Suicidio:

El suicidio es otro aspecto considerado en las investigaciones. Se ha pesquisado que muchas personas recién diagnosticadas con diabetes consideran la posibilidad de suicidarse, se estima que la tasa de ideación suicida en niños y adolescentes diabéticos es de un 26,4%, sin

embargo el número de intentos es de un 4,4% (Silverstein, Klingensmith, Copeland & Plotnick, 2005).

En los jóvenes las restricciones dietéticas y el seguimiento de hábitos sumado a las dificultades para mantener los niveles de glucosa, crean dificultades de interrelación con su medio familiar y pares, generando cuadros de rebelión con completo abandono personal que pueden enmascarar conductas suicidas.

3) Trastornos alimenticios:

Evidencia indica un aumento en la incidencia de trastornos alimenticios en mujeres diabéticas jóvenes (Rodin & Daneman, 1992; Martínez, 2002). En un estudio realizado por Blanz et al. (1993 citado en Dantzer, 2003) los trastornos alimenticios se encontraban presentes en un 18% de los pacientes diabéticos estudiados, presentando una alta prevalencia.

Se postula que aspectos del manejo de la enfermedad tales como la restricción dietética, el control del peso y el manejo de insulina (reduciendo dosis u omitiéndola) aumentaría la incidencia de esta patología en personas susceptibles (Rodin & Daneman, 1992). Incluso se ha observado la presencia de coma cetocidótico, debido a la suspensión de insulina como intento de adelgazar (Martínez, 2002).

Los trastornos alimentarios se encontrarían relacionados con el mal control metabólico del paciente (Martínez, 2002) y con hospitalizaciones recurrentes debido a cetoacidosis (Silverstein, Klingensmith, Copeland & Plotnick, 2005). Estos factores son señalados por la literatura como indicadores de trastornos alimenticios, señalando que toda adolescente diabética que los presente, debe ser estudiada en mayor profundidad por personal de salud mental con el fin de evaluar si hay presencia de bulimia o anorexia (Silverstein, Klingensmith, Copeland & Plotnick).

Observándose que la tasa de mortalidad en pacientes diabéticas-anoréxicas es cinco veces más alta que en pacientes que solo presentan anorexia (Nielsen, Emborg & Molbak, 2002).

4) Problemas de aprendizaje:

Otros estudios se han inclinado por los efectos que produce la diabetes en el aprendizaje de los niños. Apreciándose que un pobre control de la enfermedad se encuentra asociado a

dificultades lectoras y a un pobre desenvolvimiento escolar (McCarthy et al., 2002; Mrazek, 2004).

McCarthy et al. (2002) señala que los niños diabéticos no presentan diferencias con sus compañeros en el desempeño académico, sin embargo, evidencian un mayor número de ausencias escolares y problemas de comportamiento, lo que afecta en su adaptación escolar.

Como resultado de las hiperglicemias se ha observado problemas en el razonamiento conceptual y en la adquisición de aprendizajes (Mrazek, 2004).

La hipoglicemia es otro aspecto estudiado en niños diabéticos relacionando estas con efectos adversos en el cerebro, siendo motivo de preocupación especialmente en niños pequeños que se encuentran en desarrollo (Halvorson & Carpenter, 2005).

En un estudio realizado por Vila et al. (1995 citado en Martínez, 2002) encontró que el 17% de las personas diabéticas presentaba un trastorno en la adquisición de la lectura y escritura.

2.6.2. Control metabólico y trastornos psiquiátricos

La interacción entre los trastornos psiquiátricos y el control de la diabetes es un área que aún requiere de mayor investigación (Mrazek, 2004), encontrándose resultados contradictorios (Dantzer et al., 2003; Martínez, 2002; Mrazek, 2004).

La gran mayoría de los estudios en niños diabéticos utilizan la hemoglobina glicosilada (Hb1 Ac) como valor referente de adherencia a los tratamientos, específicamente esta medida indica la concentración de glicemia durante las últimas 6 a 8 semanas, siendo sensible a los cambios de glicemias. Altos niveles de hemoglobina glicosilada indican un pobre control, valores medios y bajos indican un buen control (Salvador, 2004).

Al realizar un análisis crítico se aprecia que hay estudios y autores que indican una relación entre el mal control metabólico (altos niveles de hemoglobina glicosilada) y sintomatología depresiva, mientras que otros lo niegan (Dantzer et al., 2003; Hood et al., 2006).

La asociación entre depresión y control metabólico es poco entendida, sin embargo, se hipotetiza que la depresión induciría anormalidades en las funciones neuroendocrinas y en los neurotransmisores, uniendo complejos aspectos comportamentales y fisiológicos que incidirían en el control de la enfermedad (Grey, Whittemore & Tamborlane, 2002).

Hay autores que señalan que reacciones emocionales como ansiedad y depresión, afectan en niños diabéticos la secreción de hormonas que se encuentran involucradas en la regulación de la glucosa y en el metabolismo de grasas, afectando el control de la diabetes (Jackson & Guthrie, 1986 citado en Moussa, et al., 2005). En forma contraria Maronian et al. (1999) señala que la presencia o ausencia de sintomatología ansiosa, no interferiría en el control metabólico de los pacientes.

Considerando aquellos estudios que reconocen que ambas variables se encuentran relacionadas, los indicios empíricos señalan un desconocimiento de la naturaleza de esta relación, es decir, si el mal control metabólico es precursor de depresión o viceversa, o si son consecuencia de otros factores (Dantzer et al., 2003).

Por otra parte hay explicaciones teóricas que analizan la situación poniendo el acento en como los patrones de la enfermedad interactúan con la familia, como lo es lo planteado por Minuchin (1978 citado en Herscovici, 2002). Este autor si bien no habla de trastornos psiquiátricos, plantea la temática del control metabólico en donde es conveniente detenerse. Minuchin analiza la familia psicósomática en donde asocia la dificultad del control metabólico a características de funcionamiento familiar: sobreinvolucramiento, sobreprotección, dificultad en resolución de conflictos, rigidez y triangulación del niño en conflictos parentales (Tsamparli & Kounenou, 2004).

Minuchin (1978) se basa en el paradigma sistémico, en donde hay una circularidad de los constructos, es así como señala que de manera interdependiente los patrones de interacción de la familia interactuarán con procesos bio-conductuales del niño, lo que a su vez influirá en la conducta de enfermedad (control metabólico) (Herscovici, 2002).

2.6.3. Depresión y diabetes

Existe una gran cantidad de estudios y autores que relacionan la presencia de diabetes en niños y adolescentes con sintomatología depresiva (Betschart, 2005; Hood, et al., 2006; Kovacs, 1990; Kovacs, 1997; Mrazek, 2004; Moreno, 2006; Moussa, et al., 2005; Snoek & van Ballegoie, 2004). Estimándose que los niños que presentan diabetes tienen dos veces más probabilidades de presentar depresión. Aumentando esta en tres veces en el caso de adolescentes (Grey, Whittemore & Tamborlane, 2002).

Al ser diagnosticado con diabetes es característico que niños en etapa escolar presenten sintomatología depresiva y ansiosa leve, la que usualmente se supera. Sin embargo, puede haber un aumento de la sintomatología depresiva cuando se termina el período de “luna de miel,” debido a que los niños se dan cuenta que la enfermedad requiere de esfuerzos importantes para su manejo y que es un estado permanente (Silverstein, Klingensmith, Copeland & Plotnick, 2005).

La sintomatología depresiva usualmente es leve al comienzo de la enfermedad, en caso de que esta persista se evidencia un agravamiento de los síntomas a medida que la enfermedad avanza (Schiffrin, 2001).

Se ha observado que numerosos factores aumentarían la presencia de sintomatología depresiva en las personas que presentan una enfermedad crónica, entre los que se encuentran los efectos que produce la enfermedad en el funcionamiento diario y actividades rutinarias, las relaciones sociales y la calidad de vida (Grey, Whittemore & Tamborlane, 2002).

El hecho que la diabetes sea una enfermedad crónica que produce demandas en su manejo y cambios en el estilo de vida, aparentemente favorecería la presencia de problemas emocionales, en especial de sintomatología depresiva (Hood et al., 2006).

Incluso se ha observado que a pesar de que las familias con niños en edad escolar, puedan cumplir en forma satisfactoria con las demandas establecidas por el tratamiento, los padres presentarían en un 29% sintomatología depresiva y los niños alrededor de un 8%. Indicando sintomatología emocional derivada del estrés y dificultades que implica el manejo de la enfermedad (Whittemore, Urban, Tamborlane & Grey, 2003).

La depresión se presenta con mayor frecuencia en niños y adolescentes que presentan más atenciones de urgencia, debido a la dificultad de control de su enfermedad (Lawrence et al., 2006). Evidenciándose que el promover en niños diabéticos el sentirse eficaces en el manejo de su tratamiento, específicamente estimulando la confianza en ellos mismos y en su capacidad para manejar satisfactoriamente la enfermedad, constituye un factor protector frente al desarrollo de un cuadro depresivo (Stewart, Rao & White, 2005).

2.6.3.1. Depresión

Existe la visión de la niñez como una etapa idealizada en donde no habría presencia de problemas ni de dolor, por esto la presencia del trastorno depresivo en la niñez es un aspecto que ha sido difícil de aceptar por algunos autores (Tapia, 1999). Los modelos teóricos en general han desarrollado el concepto de depresión en adultos, observándose evidencia que señala diferencias evolutivas en la manifestación de la depresión infantil (Cáceres & Collado, 1994)

La depresión es un trastorno del ánimo que se puede presentar a cualquier edad, en el que su manifestación se modulará según el período evolutivo en que se encuentra el niño y adolescente, expresándose en conductas que afectarán el normal desarrollo del individuo (García, 2003).

Existen diferentes modelos teóricos que enfatizan diversos aspectos en la génesis de la depresión en el niño, considerando la gran mayoría el desarrollo normal como determinante para señalar cuando un comportamiento inadecuado es síntoma de depresión, es así como un comportamiento puede ser indicador de depresión en una edad determinada y no serlo en otra (Cáceres & Collado, 1994).

Así mismo se debe reconocer la capacidad del ser humano de vivenciar sentimientos de tristeza, capacidad saludable y normal que tendería a remitir espontáneamente en función del tiempo, cuando el ambiente no actúa como estresor y el individuo tiene una personalidad integrada (Cáceres & Collado, 1994).

Diferentes enfoques teóricos han abordado la depresión, entre los distintos exponentes se encuentra Melanie Klein quien plantea dentro del desarrollo emocional normal la vivencia durante la primera infancia de la posición depresiva. El bebé en esta etapa considera a la madre como objeto total, madre buena y madre mala, la experiencia de atacar a una madre amada, la ambivalencia y las ansiedades frente al temor de perderla como objeto interno y externo originan dolor y sentimientos de pérdida (Segal, 1987).

Winnicott plantea una visión que se basa en lo expresado por Klein señalando que la depresión surge debido a la despersonalización o a la pérdida de esperanza, en relación a las relaciones objetales (Cáceres & Collado, 1994).

Mahler menciona la posición depresiva entre el año y medio y los dos años, en donde el niño se da cuenta de su separación. La madre ya no es todopoderosa perdiendo su capacidad de protección, por una parte el niño percibe mejor su individualidad, pero también se decepciona del objeto materno (García, 2003).

En 1946 Spitz da a conocer la depresión anaclítica con observaciones hechas en bebés entre seis y ocho meses, quienes habían sufrido una ruptura en la relación con sus madres, sin que estas fueran reemplazadas. Este autor describe etapas en las reacciones emocionales, las cuales se suceden como consecuencia de la deprivación materna.

Primero se aprecia una etapa reactiva que se caracteriza por irritabilidad, alteraciones del sueño y apetito, excesiva dependencia del medio y oposición. A continuación, reconoce un segundo período llamado depresivo donde hay pobreza en la expresión y en los gestos, con crisis de llanto y pérdida de movilidad. Finalmente se encuentra el hospitalismo caracterizado por un retraso global en todas las funciones del niño (Cáceres & Collado, 1994).

Bowlby plantea problemas originados como consecuencia de la pérdida del vínculo materno. Basándose en la observación de bebés, describe una reacción de duelo que se da en tres etapas: Protesta, desesperación y desvinculación (García, 2003).

Por otra parte, avances tecnológicos y de las ciencias permiten reconocer la influencia de aspectos genéticos y biológicos. Entre ellos se encuentra el sistema límbico, el cual se encuentra relacionado con el control del ánimo (García, 2003).

Según García (2003) este sistema se encargaría de:

Integrar y modular respuestas motoras y endocrinológicas a las emociones, mediante sistemas de neurotransmisores especialmente el serotoninérgico y noradrenérgico. Es también en estos sistemas en donde algunos factores somáticos orgánicos interactúan con las emociones, observándose una relación entre las enfermedades crónicas con los estados depresivos (p. 371).

En el desarrollo de la depresión no se puede desconocer la influencia que generaría personas deprimidas en la vida diaria del niño, observándose que los padres que presentan enfermedades anímicas afectan a sus hijos (García, 2003).

En el caso de la diabetes un estudio recientemente realizado por la Universidad de Harvard llama la atención sobre la necesidad de estudiar con mayor detención patrones familiares de depresión y en especial la depresión materna en niños diabéticos (Hood et al., 2006).

La evidencia señala que la depresión materna es reconocida como una influencia negativa en la interacción madre hijo, la cual influye en el desarrollo del niño (Taaffe, Minkovitz, Strobino, Marks, & Hou, 2006). Hijos de madres depresivas se encuentran en mayor riesgo de desarrollar problemas socioemocionales y conductuales (Pilowsky et al., 2006).

Las madres depresivas reaccionan en forma negativa al estrés, presentan interacciones problemáticas con sus hijos, caracterizándose el ambiente familiar como poco contenedor y en donde no hay una resolución de conflictos adecuada (Kim-Cohen, Moffitt, Taylor, Pawlby & Caspi, 2005). Los niños con madres depresivas presentan un elevado riesgo de adquirir características personales que se asocian con vulnerabilidad frente a este cuadro (Goodman & Gotlib, 1999).

2.6.3.2. Cuadro clínico y sintomatología:

Según el DSM IV la depresión se clasifica dentro del capítulo de los trastornos del estado de ánimo. El diagnóstico de depresión en niños se realiza con los criterios establecidos para adultos, considerando ciertas modificaciones según los diferentes estadios de desarrollo (Álvarez & Barraza, 1994; García, 2003).

Según el Dr. García (2003) en forma general se distinguen cuatro dimensiones estructurales de la depresión:

-Humor disfórico

-Pérdida de energía

-Incomunicación, aislamiento

-Ritmopatía (alteraciones del apetito, sueño, etc.)

El DSM IV indica los criterios para diagnosticar un episodio depresivo mayor, señalando que se requieren cinco o más de los siguientes síntomas por un período de dos semanas, implicando un cambio respecto de las actividades previas del niño o el adolescente:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y prácticamente todos los días. Esto se determina según lo que el sujeto refiere de sí mismo, o lo observado por otros. En los niños y adolescentes, esto puede ser observado a través de la irritabilidad.
- Disminución de intereses o de la capacidad para disfrutar en prácticamente todas las actividades.
- Pérdida de peso en forma importante o aumento de peso. Se considera cambio de peso importante cuando se excede del 5% del peso corporal en 1 mes.
- Hipersomnia o insomnio
- Inquietud o enlentecimiento psicomotores, lo que debe ser observado por los demás y no únicamente una sensación subjetiva.
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de culpa e inutilidad excesivas e inapropiadas
- Disminución de la capacidad para concentrarse, pensar o indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a morir), ideación suicida sin un plan específico de realización o tentativas de suicidio.

La depresión no es diagnosticada si como causa se determina aspectos orgánicos (por ejemplo hipotiroidismo), o se considera como sintomatología derivada del consumo de alguna sustancia o si es la reacción a la muerte de un ser querido.

Weinberg (citado en Kowatch, Emslie & Kennard, 1998) ha adaptado los criterios diagnósticos de depresión del DSM IV a niños y adolescentes.

Este autor distingue el estado de ánimo depresivo como una característica discriminante para el diagnóstico de depresión mayor. El estado de ánimo deprimido se caracteriza en los niños por tristeza, irritabilidad, hipersensibilidad y dificultad para ser complacido.

Los niños tenderían a no verbalizar su malestar, expresándose en cambios del estado de ánimo. Este autor señala que los sentimientos de culpa serían expresados como ideas de

autodesprecio que se pueden presentar en ideas proyectadas, por ejemplo; “Le caigo mal a todo el mundo” o “Soy un mal niño” (Weinberg citado en Kowatch, Emslie & Kennard, 1998).

La pérdida de interés o capacidad de disfrute se manifestaría en una disminución de la socialización del escolar con su grupo de pares. Este mismo síntoma, se presenta en el cambio de actitud que tiene el niño frente a la escuela, observado en niños y adolescentes como una negativa a asistir al colegio, perdiendo placer e interés en las actividades que se realizan en este medio. Si bien, este síntoma puede confundirse con aspectos ansiosos, el autor llama la atención respecto a la pérdida del placer por estas actividades (Weinberg citado en Kowatch, Emslie & Kennard, 1998).

El cambio en el apetito o en el peso se observa generalmente en niños y adolescentes con sintomatología depresiva, esto se traduce en una evitación de caprichos comunes como comer dulces y chocolates, en caso contrario, hay un apetito voraz con un exceso en la ingesta de alimentos (Weinberg citado en Kowatch, Emslie & Kennard, 1998).

En el caso de las alteraciones del sueño Weinberg indica que con frecuencia los niños deprimidos señalan la sensación subjetiva de insomnio, especialmente como dificultad para conciliar el sueño.

En cuanto a la inquietud es frecuente conductas como falta de respeto a la autoridad, el involucrarse en peleas y discusiones. La agitación trae como consecuencia un aumento en los conflictos al interior del hogar y es una de las principales causas por las cuales se consulta (Weinberg citado en Kowatch, Emslie & Kennard, 1998).

La fatiga se evidencia en el adolescente como un cansancio tanto corporal como mental, los niños manifiestan aburrimiento, disminuyendo su participación en distintas actividades (Weinberg citado en Kowatch, Emslie & Kennard, 1998).

Se aprecia un descenso en el rendimiento escolar, observándose poca motivación por las actividades de aprendizaje, rindiendo menos de lo habitual y presentando trabajos y tareas incompletas. Esto crea conflictos cotidianos entre los padres y los niños debido al incumplimiento de deberes.

Un síntoma que incluye este autor y no se encuentra en la categoría del DSM IV son las quejas somáticas, señalando que es frecuente que niños y adolescentes depresivos presenten quejas somáticas sin causa orgánica evidente (Weinberg citado en Kowatch, Emslie & Kennard, 1998).

Es importante considerar que es común durante el desarrollo infantil observar que los niños presenten cambios en su estado de ánimo en forma transitoria, si se observa que esto altera en forma significativa el funcionamiento del niño dentro del sistema familiar y escolar, se podría hipotetizar la presencia de un trastorno depresivo (Álvarez & Barraza, 1994).

Se considera que los niños a partir del período de las operaciones concretas presentan la capacidad de experimentar síntomas depresivos como culpa y sentimientos de rechazo (Cáceres & Collado, 1994). Un síntoma que se cuestiona si es experimentado completamente es el de desesperanza, debido a que el pensamiento del niño se encuentra ligado estrechamente al aquí y al ahora (Cáceres & Collado).

2.6.3.3. Factores de riesgo en el desarrollo de depresión

Los factores de riesgo anteceden al trastorno e implican un estado de vulnerabilidad en el niño, quien al ser comparado con un niño seleccionado al azar ve aumentada su probabilidad de desarrollar un trastorno. Entre estos se incluyen factores biológicos del niño, familiares y contextuales (Lewis, 1991).

Los factores que dan origen a una depresión son múltiples e interaccionan, se han distinguido entre estos: La predisposición genética, factores de estrés ambiental (pérdidas, presión escolar, etc.) y asociación de factores biológicos (problemas neuroendocrinos, bajas concentraciones plasmáticas de catecolamina) (Kowatch, Emslie & Kennard, 1998).

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar una depresión durante la etapa de la niñez se encuentra: el ser mujer, disfunciones familiares, ser hijo de madre depresiva y el vivenciar experiencias estresantes. Dentro de las experiencias estresantes se incluyen todas aquellas que atentan contra la salud de uno de los miembros de la familia, entre estas la diabetes (Dantzer et al., 2003). Estimándose que el presentar este diagnóstico aumenta en dos veces el riesgo de presentar depresión, en comparación a la población juvenil en general (Hood et al., 2006).

2.6.3.4. Factores de riesgo en el desarrollo de depresión en niños diabéticos

Hay un importante número de estudios que relacionan la diabetes juvenil con cuadros depresivos (Dantzer et al., 2003). Esto adquiere importancia en niños y adolescentes diabéticos debido a que se ha observado que su curso tiende a ser más severo, es más difícil de resolver y tiende a ser más recurrente en comparación a personas no diabéticas. Junto con lo anterior, la depresión se asocia a un aumento en el intento suicida causando especial preocupación el uso de insulina, método cotidiano en personas diabéticas, el que puede ser utilizado con propósitos autodestructivos (Grey, Whittemore & Tamborlane, 2002).

Los estudios realizados en niños y adolescentes diabéticos permiten pesquisar factores que constituyen riesgo en el desarrollo de depresión, entre estos se encuentra el género.

LaGreca (1995) basándose en evidencia empírica señala que las mujeres diabéticas presentarían mayores niveles de depresión que los hombres. Resultados coincidentes encontraron Moussa (2005) y Hood (2006) en estudios hechos con niños y adolescentes diabéticos. Por otra parte, Kovacs (1997) señala que las mujeres diabéticas presentan 8 veces mayor riesgo que los hombres, de presentar un segundo episodio depresivo.

Problemas en el control de la enfermedad también han sido asociados a mayor presencia de sintomatología depresiva (Hood et al., 2006; Lawrence et al., 2006; Lemmark et al., 1999; Littlefield et al., 1992; Martínez et al., 2002; Mousa et al., 2004). Esta asociación según Hood et al. (2006) sería bidireccional.

Kovacs (1997) identifica como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de psicopatología en personas diabéticas, la aparición de cuadros depresivos en la madre. Señalando que la depresión materna es un factor de riesgo específico de depresión en niños diabéticos.

2.6.3.5. Duelo y enfermedad

El duelo se presenta en niños y sus familias por las muchas pérdidas que implica la vivencia de una enfermedad crónica. Se pierde lo normativo para el niño, pero también para la familia (Navarro, 2004).

Frente al diagnóstico de enfermedad los niños y los que lo rodean, perciben su vida bajo amenaza. El cuerpo ya no funciona en forma perfecta, contactándose con la vulnerabilidad corporal (Solana, 2005).

Actualmente las condiciones de vida han mejorado en forma dramática para las personas insulino dependientes, pese a lo anterior, la vivencia de una enfermedad crónica incluye la pérdida del “ser sano”, el cuerpo presenta un “tope”, emergiendo la finitud y haciendo patente la mortalidad (Muñoz y Vargas, 2004; Solana, 2005).

En la actualidad hay una exaltación por el cuerpo perfecto evitando la muerte, el dolor y la enfermedad, creando la ilusión de invulnerabilidad que lo es más en relación a los niños donde las enfermedades son observadas en otros lejanos (Solana, 2005).

La enfermedad en un niño es menos tolerada que la presencia de esta en una persona adulta (Rona y Vargas, 1992).

Las familias frente a la enfermedad de un hijo lamentan las restricciones que esta impone a su existencia y la pérdida de la salud plena, estado esperable en los niños, sintiendo como injusta la enfermedad en un período cuando se “Tiene toda la vida por delante” (Rona y Vargas, 1992).

La reacción que el niño tenga frente a la enfermedad se encuentra mediatizada en gran medida por el enfrentamiento que realicen los padres. Muchos niños al ser diagnosticados son muy pequeños, sin embargo, guardan vivos recuerdos del momento en que fueron diagnosticados (Bilbeny, Droguett y Droguett, 1994).

La psiquiatra Kubler-Ross (1969) ha sistematizado las etapas de duelo que enfrenta el paciente y su familia frente a una enfermedad. En una primera instancia la familia y el niño vivirían una **etapa de negación**, experimentando incredulidad y shock.

En niños muy pequeños se cuestiona si estos vivenciarían esta etapa de incredulidad debido a las características del desarrollo evolutivo, observándose variaciones según la edad en que aparece la diabetes. Es así como se ha observado que desde la infancia hasta los siete años, los niños al ser diagnosticados se encuentran centrados especialmente en las sensaciones físicas, lo doloroso (Bilbeny, Droguett y Droguett, 1994).

En la etapa preescolar y la lactancia es necesario hospitalizar a los niños para estabilizarlos, lo que implica la separación de sus padres, la interrupción de rutinas diarias, la interacción con personas desconocidas y procedimientos médicos. Debido al pensamiento mágico muchos niños se sienten culpables por la enfermedad, atribuyendo como causa de la diabetes un mal comportamiento real o imaginario (Bilbeny, Droguett y Droguett, 1994).

Entre los 7 y los 12 años se ha observado que los niños aceptan, en un principio, el diagnóstico de diabetes antes que sus padres, sin visualizar las consecuencias que este les trae a futuro. Sin embargo, con el paso del tiempo los niños dimensionan las demandas que implica la enfermedad, experimentando el sentimiento de pérdida de la salud (Bilbeny, Droguett y Droguett, 1994).

Durante la etapa de negación es característico el cuestionamiento del diagnóstico “Se habrán equivocado” “Los exámenes estarán bien hechos”. En el caso de la diabetes, posterior a su inicio, se ha descrito un período de remisión parcial de la enfermedad llamado “Luna de miel”, pese a ser breve, en muchos padres esta situación aumenta las fantasías respecto a un diagnóstico equivocado o la ilusión de mejoría del niño.

En padres de enfermos crónicos se ha observado la tendencia a criticar al personal médico en especial a los que hacen las atenciones en forma inicial, señalando la demora en la evaluación del caso o en la forma en que se comunicó la enfermedad a la familia (Rona y Vargas, 1992; Muñoz y Vargas, 2004). Afortunadamente los padres generalmente aceptan después de un período de tiempo el diagnóstico, tomando una actitud colaboradora.

Para Navarro (2004) la negación frente al diagnóstico de una enfermedad puede ser funcional debido a que permite reducir el miedo de la familia y del paciente, sin embargo, se considera un problema cuando amenaza la salud del niño.

Kubler-Ross (1969) postula como segunda etapa en el proceso de duelo **la rabia**, la cual se presenta generalmente después que ha comenzado el tratamiento con insulina y se ha implementado la dieta.

El tratamiento es vivenciado como restrictivo generando sentimientos de rabia en el paciente y su familia (Bilbeny, Droguett y Droguett, 1994). Es frecuente que las familias se encierren en sí mismas con sentimientos encontrados, en donde los padres se culpabilizan, preguntándose del porque de la enfermedad de sus hijos.

La culpa tendría un origen ancestral, la interpretación de la enfermedad como un castigo debido a una mala acción se encuentra presente en relatos, creencias y tradiciones desde el inicio de la humanidad (Rona y Vargas, 1992). En el Canto I de la Iliada el campamento Aqueo es castigado con la peste debido a que Agamenon ofende a los sacerdotes de Apolo (Rona y Vargas, 1992). Si bien, en la actualidad y en especial en el Cristianismo la enfermedad no es conceptualizada como castigo, existen remanes en nuestra cultura que así la consideran (Rona y Vargas, 1992).

El sentimiento de culpa también actuaría como un intento de manejar lo que es incontrolable, pues la ilusión de que se influyó en el comienzo de la enfermedad, permite afectar el curso de la misma o en la presencia de esta en otros hijos, evitándola (Rona y Vargas, 1992).

También se ha observado en los padres un cuestionamiento a su propia capacidad de tener hijos “sanos” o a engendrar hijos “normales”, esto lleva a las parejas a cuestionarse el hecho de tener más hijos (Navarro, 2004). Usualmente los progenitores atribuyen la enfermedad a negligencias, actos equivocados e incluso a sus propios comportamientos, los cuales se ven exacerbados en padres con beber problema, consumidores de drogas, etc. (Navarro, 2004; Rona y Vargas, 1992).

Generalmente los progenitores buscan antecedentes genéticos que pueden haber propiciado la enfermedad al interior de la familia, se cuestionan los hábitos alimenticios y cuidados dados al niño. En los menores es frecuente los sentimientos de culpa atribuyendo su enfermedad a que “comieron muchos dulces” o malos comportamientos (Bilbeny, Droguett y Droguett, 1994; Muñoz y Vargas, 2004).

La tercera etapa de duelo según Kubler-Ross es de **cuestionamiento y negociación**, la familia del niño diabético observa que siguiendo ciertas prescripciones, hallarán la remisión de la enfermedad. Incluso hay ocasiones en que se aprecia un pensamiento mágico en la adhesión a los tratamientos. Esto por un tiempo determinado puede servir para que se prosiga con las indicaciones médicas, sin embargo, frente a dificultades de salud como hipoglicemias o inestabilidad de los niveles de azúcar, el niño y su familia caen en el desencanto y la desesperación (Navarro, 2004).

Como cuarta etapa se encuentra la **depresión** la cual sucede una vez que la familia interioriza que la diabetes es una enfermedad crónica, la que no tiene curación hasta el momento. Los

cambios en el estilo de vida, el cuestionamiento, los costos, etc. Llevan a la familia y al niño a sentimientos de tristeza.

La tristeza puede surgir debido a la interiorización de la pérdida de la vida familiar que antes se tenía, esta es usualmente calificada de feliz o al menos libre de amenazas a la salud y bienestar de uno de sus miembros.

En los niños se observa el dolor de darse cuenta de que algo ocurre con ellos y su familia, ya no se es igual a los otros, generando en el ámbito de la experiencia y a medida que avanza el desarrollo evolutivo, el sentimiento de “ser raro” (Muñoz y Vargas, 2004) Lo anterior, genera sentimientos de tristeza y aflicción, tanto en el niño como en su familia.

Finalmente para Kubler-Ross se presenta la etapa de **aceptación** que puede darse después de un período prolongado de tiempo, en donde el niño y la familia asume la vivencia de una enfermedad crónica. En esta etapa hay una aceptación de los cambios permanentes que implica la enfermedad (Navarro, 2004).

El duelo que vivencia cada uno de los miembros de la familia presenta diferencias y procesos individuales. La “asincronía” referida a que cada integrante de la familia presenta su propio ritmo durante esta vivencia y la “atemporalidad” del duelo, puede crear dificultades en el apoyo familiar y conyugal que se brindan los miembros de una familia, creando dificultades y fricciones al interior de esta. En los padres es posible que ambos no vivencien al mismo tiempo los sentimientos de dolor o de preocupación por el hijo enfermo con reproches mutuos, dificultad para brindarse ayuda en momentos difíciles, irritabilidad, sentimientos de culpa e incluso sentimientos de impaciencia al sentir que el otro no hace verdaderos esfuerzos para retomar la vida cotidiana. (Weinstein, 2006).

Los hermanos del niño enfermo crónico también se enfrentan a renuncias entre estas: el ser menos atendidos por sus padres, muchas veces deben cooperar con los cuidados del niño diabético, la pérdida en mayor o menor grado a una vida intensa fuera de casa, etc. (Navarro, 2004), vivenciando un proceso de duelo que se enfrentará al que viven sus padres y el niño enfermo.

2.6.4. Ansiedad y diabetes

Las investigaciones internacionales relativas a niños diabéticos se inclinan por señalar la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa como la más prevalente (Kovacs, 1990; Kovacs, 1997; Mrazek, 2004; Vila, 1999).

En la diabetes se debe reconocer que hay una amenaza real -enfermedad- frente a la que se debe tomar una serie de medidas y cuidados. A pesar de las dificultades muchos niños se adaptan a esta, sin embargo, otros viven con un permanente sentimiento de temor, con la expectativa de que algo terrible va a pasar, constituyéndose en un estado de angustia patológica (Betschart, 2005).

La evidencia indica que la mayoría de los niños y adolescentes diabéticos presentan al ser diagnosticados con diabetes sintomatología ansiosa, esta decrece una vez que se asimila el nuevo estado de salud. Sin embargo en algunos pacientes permanecería, observándose una mayor prevalencia en mujeres (Schffrin, 2001; Silverstein et al., 2005). Esta tendencia estaría presente durante los seis primeros años después del diagnóstico (Silverstein, et al).

Al ser diagnosticado con diabetes muchos niños y sus padres se sienten vulnerables, pues un niño que fue saludable inesperadamente presenta una enfermedad seria con consecuencias graves, en donde se incluye la muerte. Observándose que niños en etapa escolar al ser diagnosticados se volverían más regresivos, presentando temores usualmente ya superados (Betschart, 2005).

Durante el momento diagnóstico uno de los cuadros ansiosos estudiados en niños diabéticos y sus padres es el trastorno por estrés post traumático (Landolt et al., 2002; Landolt, Vollrath, Ribl, Gnehm & Sennhauser, 2003; Landolt, Vollrath, Laimbacher, Gnehm & Sennhauser, 2005; Stoppelbein & Greening, 2007).

Landolt et al. (2005) señala que el diagnóstico de diabetes insulínica y su tratamiento constituye un evento traumático para los padres. En estudios realizados por este mismo autor se encontró que después de seis semanas del diagnóstico el 22,4% de las madres y 14,6% en los padres cumplían con criterios de estrés post traumático.

La presencia de estrés post traumático no se encontraba relacionada con el sexo del niño, edad, estatus socioeconómico, tiempo de estadía en el hospital y estructura familiar (Landolt

et al., 2002). Los resultados también evidencian que la presencia de estrés post traumático en los padres no se vincula con presencia de síntomas similares en los niños (Landolt et al., 2003).

Los niveles de ansiedad presentes en un niño diabético aparecen jugando un rol importante en la adaptación que el sujeto realiza a la enfermedad, observándose que esta dificulta el aprendizaje de estrategias de autocuidado (Dantzer, Swendsen, Maurice-Tison & Salamon, 2003).

Según la federación Mexicana de Diabetes (2007) la ansiedad se presenta en diabéticos como consecuencia de las rutinas de autocuidado que deben realizar, existiendo una tendencia en las personas diabéticas a presentar ansiedad respecto a los niveles de glucosa en su sangre, anticipándose a los resultados del auto chequeo. A lo anterior se suma el hecho que acciones cotidianas como comer, ejercitarse e inyectarse insulina incidirán en el buen control de la enfermedad, existiendo la posibilidad de que a pesar de los esfuerzos realizados los niveles no sean adecuados, influyendo en el estado de salud futuro del individuo.

En un estudio realizado en niños diabéticos se encontró que en comparación al grupo control los primeros en forma significativa presentaban mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, indicando un peor ajuste psicológico. En el mismo estudio los resultados arrojaron que la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva no se encontraba relacionada con el nivel socioeconómico de los encuestados. Además aquellos que reportaron mayores niveles de ansiedad y depresión demandaban mayor apoyo emocional (Moussa et al., 2005).

El temor a futuras complicaciones a causa de la enfermedad es otra de las fuentes de ansiedad en personas diabéticas. En los niños diabéticos se describe alta sintomatología ansiosa vinculada a estados hiperglicémicos e hipoglicémicos, así como el temor a complicaciones vasculares (Mrazeck, 2004).

Las ansiedades referidas a las hipoglicemias son frecuentes tanto en niños diabéticos como en sus padres, esto se debe a que generalmente las hipoglicemias no pueden ser prevenidas con consecuencias físicas tales como inconciencia o bajas importantes de glicemia durante la noche. Esto hace que muchos padres en forma repetida midan a sus hijos antes de dormir (incluso en forma no recomendada) o se levanten en la noche a vigilar sus niveles de glucosa,

esto les envía a los niños el mensaje de “que algo terrible” puede pasar en forma inesperada (Betschart, 2005).

Debido al temor a hipoglicemias los individuos pueden presentar conductas evasivas respecto a su control glicémico, deteriorando su salud en forma significativa. Por otra parte los síntomas de una hipoglicemia pueden confundirse con síntomas ansiosos, dificultando la atención médica y el manejo apropiado de esta situación (Betschart, 2005; Green, Free & Catalán, 2000; Mrazek, 2004).

Green, Free y Catalán (2000) señalan que las personas diabéticas presentan fobias en forma más frecuente. La fobia a las inyecciones puede influir negativamente en la calidad de vida y en el control glicémico, en un estudio realizado con diabéticos tipo 1 (80 personas) y tipo 2 (35 personas) se encontró que los síntomas de ansiedad frente a las inyecciones de insulina, tenían una alta prevalencia (Zambanini, Newson, Maisey, & Free, 1999).

En un estudio realizado con niños diabéticos se encontró que el 27% de los casos presentaba un temor significativo a las inyecciones de insulina, el que no se encuentra influido por el sexo, edad o el tiempo que el niño vive con la enfermedad. Esta situación en la mitad de los casos era desconocida para las personas que cuidaban de los niños (Simmons et al., 2007).

McConnell et al. (2001) en un estudio de caso describe como el temor a pincharse deteriora la salud del diabético, generando hiperglicemia crónica. Esto adquiere importancia debido a la necesidad de las personas insulino dependientes de utilizar agujas, tanto en el autocontrol como en la aplicación de insulina.

2.6.4.1. Ansiedad

A pesar de que la gran mayoría de los modelos teóricos integran el concepto de ansiedad, no se ha llegado a una definición con la que todos estén de acuerdo. Sin embargo, se puede apreciar coincidencia en que es una respuesta emocional gatillada como señal de alarma frente a la anticipación del peligro (Cambiaso & Vilaseca, 1992).

La ansiedad puede ser caracterizada por una sensación afectiva de nerviosismo, tensión y alarma, que se encuentra acompañada de cambios fisiológicos relacionados con la activación

del sistema nervioso autónomo y manifestaciones conductuales. Esto surge como respuesta anticipatoria frente a una amenaza (Sandín, 1997).

La ansiedad es una emoción humana que es parte inherente de la existencia, a pesar de ser un estado emocional desagradable puede tener una trascendencia formadora, permitiendo una mejor adaptación, movilizándolo al individuo para adquirir nuevas habilidades y mayor madurez cognitiva (García, 2003).

La ansiedad, sin embargo, también puede constituir un factor que entorpece el crecimiento, considerando la magnitud de la reacción y la respuesta del organismo (Ayuso, 1988 citado en Cambiaso & Vilaseca, 1992).

La ansiedad presenta la característica de anticiparse a los peligros y amenazas esto le brinda un carácter funcional a nivel biológico y adaptativo, pues permite la preparación del individuo para enfrentar amenazas y peligros, sin embargo cuando anticipa peligros irreales o se activa frente a estímulos irrelevantes pasa a ser desadaptativa (Sandín, 1997).

El proceso de desarrollo en que niños y adolescentes se encuentran influye en que el contenido de sus miedos y ansiedades cambie, debido a los cambios experimentados en habilidades cognitivas y nuevas vivencias. Observándose una progresión desde miedos externos y concretos hacia ansiedades más internalizadas y abstractas (Dadds, Seinen, Roth & Harnett, 2000).

Existe un cierto acuerdo entre autores respecto del curso evolutivo que tendrían los miedos infantiles, con fases críticas y el predominio de ciertos miedos en el desarrollo normal. Durante la etapa de la niñez es característico el miedo a la separación, los extraños, la oscuridad y los animales. Durante la pre-adolescencia y adolescencia predominan los miedos relacionados con la evaluación social (Sandín, 1997).

Durante la niñez media y tardía se observan miedos más específicos y realistas, presentando temores relacionados con el daño físico (temor a ser dañados debido a accidentes, enfermedades, quemaduras) a la muerte (propia o de los que lo rodean) y el miedo a acciones médicas (sangre, inyecciones, operaciones, etc.). También aparecen las aprehensiones relacionadas al ámbito escolar y académico como lo son la crítica y el fracaso (Sandín, 1997).

2.6.4.2. Ansiedad, angustia y miedo

Clásicamente se ha distinguido la ansiedad como una actitud expectante, de espera frente a una amenaza. La angustia presentaría una manifestación somática (cambios fisiológicos) frente a un acontecimiento desagradable. En cambio el miedo tendría un peligro concreto como causa, siendo circunscrito a este, frente al cual el sujeto puede defenderse (García, 2003).

Para Caponni (1995) la angustia se centra en el temor expectante, con aspectos existenciales, que forman parte de la vivencia del ser hombre. Según este autor ansiedad y angustia se utilizarían como sinónimos, sin embargo presentarían matices diferentes.

En la literatura se observa que ambos términos (angustia-ansiedad) se utilizan en forma intercambiable, refiriéndose al mismo fenómeno (Ajuriaguerra, 1975).

Las características de la amenaza es señalada por varios autores como la diferencia entre miedo y ansiedad (Caponni, 1995; García, 2003; Sandín, 1997). La gran mayoría coincide en que el miedo presenta la amenaza de un objeto determinado, concreto, respondiendo a una situación objetiva, en cambio en la ansiedad la amenaza es difusa (Caponni, 1995; Sandín, 1997). Es por esto que el miedo ha sido señalado como un equivalente a ansiedad real, sin embargo esto es cuestionable desde la psicología infantil, debido a que los niños por las características del pensamiento concreto, experimentarán miedos muy próximos a la ansiedad (Cambiaso & Vilaseca, 1992).

2.6.4.3. Ansiedad estado y ansiedad rasgo

Debido al desarrollo de instrumentos cuyo objetivo es medir ansiedad surge la distinción entre ansiedad rasgo (ansiedad crónica) y ansiedad estado (generada frente a eventos, situacionales) (Sandín, 1997).

Spielberger (1976 citado en Cambiaso & Vilaseca, 1992) fue quien desarrolló la teoría ansiedad rasgo y ansiedad estado. Este autor conceptualiza la ansiedad como un proceso complejo en donde se preceden eventos cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales. El proceso es iniciado por un estímulo externo o interno, que es interpretado como amenazante por el individuo.

El individuo realiza una evaluación subjetiva respecto del grado de amenaza que implica una situación o evento y según esta interpretación se produce “la activación de un estado emocional con concomitantes fisiológicos y cambios bioquímicos que activan reacciones de emergencia” (Spielberger 1988 citado en Cambiaso & Vilaseca, 1992, pp.25- 26).

Spielberger define ansiedad estado como una emoción transitoria que puede ser observada a través de sentimientos de tensión, nerviosismo, aprehensión, con una activación del sistema nervioso autónomo (Spielberger 1966 citado en Cambiaso & Vilaseca, 1992). La ansiedad rasgo es conceptualizada por este autor como una disposición relativamente estable a la ansiedad, la cual es individual y se observa en “la frecuencia con la cual un individuo experimenta estados ansiosos elevados en el tiempo” (Spielberger 1988 citado en Cambiaso & Vilaseca, 1992, p. 24).

Un estímulo será conceptualizado como amenazante según la evaluación de suficiencia personal que realice el sujeto. Siendo percibido como más amenazante por los individuos cuya alta disposición a la ansiedad, sea permanente en el tiempo (Cambiaso & Vilaseca, 1992).

Los niños que presentan un alto rasgo de ansiedad se encuentran más predispuestos a percibir el mundo como peligroso, experimentando estados ansiosos, con gran intensidad (Cambiaso & Vilaseca, 1992).

2.6.4.4. Cuadro clínico y sintomatología

El poder distinguir entre ansiedad patológica y normal puede ser problemático, pues muchas ansiedades pueden ser parte del desarrollo evolutivo y cumplir un rol adaptativo en el niño (Klein & Pine 1998, citado en Rutter, 2004).

Según García (2003) para distinguir la ansiedad normal de la patológica se debe considerar que la primera se desencadena debido a un evento causal, objetivo que es identificable, además el niño puede recuperarse cuando el estímulo no se encuentra presente. En cambio es patológica cuando el individuo no se puede recuperar, afectando su funcionamiento en distintas áreas del desarrollo.

En la ansiedad patológica el niño o adolescente se encuentra en un estado de sufrimiento y presenta rigidez en su respuesta afectiva, viviendo con un sentimiento de aprensión “Así,

puede observarse inquieto por su salud física, irritable o con episodios agudos de angustia, cuyo desencadenante puede ser cualquier hecho externo o interno” (García, 2003, p. 349).

Para hablar de clasificación y diagnóstico de la ansiedad se supone la presencia de ansiedad clínica. Es decir, aquella que es excesiva e inadecuada para la etapa del desarrollo del niño y que perturba su desenvolvimiento en forma cotidiana (Sandín, 1997).

Se ha observado que niños y adolescentes ansiosos presentan como sintomatología una preocupación excesiva e irrealista, quejas somáticas sin causa orgánica, fatiga, hiperconciencia respecto a su rendimiento y preocupación excesiva respecto a hechos del pasado y del futuro, entre otros (Dadds, Seinen, Roth & Harnett, 2000).

El DSM-IV describe dentro de los Trastornos de Ansiedad las entidades diagnósticas de: Crisis de angustia, trastorno de angustia, fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada.

Según el DSM-IV el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación exagerada respecto de múltiples situaciones y eventos (por ejemplo: rendimiento escolar). Esta se extiende a distintos contextos, en donde el niño o adolescente no puede controlar la preocupación.

La preocupación y ansiedad en los niños se presenta con al menos uno de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga, tener la mente en blanco o dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

Esto causa un malestar significativo en el niño y no se explica por el consumo de sustancias, enfermedad médica (como hipotiroidismo) o aparece en forma exclusiva durante el transcurso de un trastorno del ánimo, psicótico o generalizado del desarrollo.

2.6.4.5. Factores de riesgo en el desarrollo de trastornos ansiosos

Se ha observado como factor de riesgo para presentar ansiedad patológica el ser mujer. Estas diferencias de género, han sido registradas en estudios a través de distintas culturas (Klein & Pine 1998 citado en Rutter, 2004).

Por otra parte, se ha advertido interrelación entre cuadros depresivos y ansiosos, es así, como estudios longitudinales muestran que la ansiedad tiende a preceder cuadros depresivos en

niños. Los autores especulan la posibilidad de que ambas patologías presentan aspectos genéticos comunes, posiblemente compartiendo aspectos temperamentales básicos (Harrington citado en Rutter, 2004). Incluso se ha señalado que hombres y mujeres que presentan ansiedad se encuentran más vulnerables al desarrollo de depresión (Klein & Pine 1998 citado en Rutter, 2004).

Los estudios también indican que pueden ser factores de riesgo para el trastorno de ansiedad generalizada y ansiedad de separación acontecimientos ambientales y familiares, tales como: eventos de vida estresantes, disfunción familiar, dificultades económicas, fracaso escolar, familias uniparentales, problemas emocionales y baja instrucción de los padres (Klein & Pine citado en Rutter, 2004).

2.6.4.6. Factores de riesgo en el desarrollo de ansiedad en niños diabéticos

La literatura respecto a psicopatología en personas diabéticas hace escasa referencia a factores de riesgo asociados con ansiedad.

A pesar de lo anterior se ha observado que la edad y el género constituyen factores de riesgo para presentar cuadros psicopatológicos (Díaz, 2007).

Se ha registrado que mientras más tempranamente se presenta la diabetes, los individuos presentan mayor riesgo de tener problemas emocionales. Específicamente se argumenta que mientras menor sea el niño, este poseerá una menor comprensión de la enfermedad y de las imposiciones del tratamiento (Díaz, 2007).

En cuanto al género se señala la necesidad de mayor investigación (Díaz, 2007).

También se ha observado como importante la situación psicológica del niño anterior al diagnóstico, en donde la sugestionabilidad y el miedo anticipatorio han sido considerados como factores de riesgo (Díaz, 2007).

III. Metodología

3.1. Objetivos:

3.1.1. Objetivo General:

Contribuir al conocimiento de la salud mental, factores psicológicos y familiares de los niños diabéticos tipo 1 entre 8 y 12 años que viven en la V Región.

3.1.2. Objetivos Específicos:

1. Conocer y comparar el desarrollo psicosocial de niños diabéticos tipo 1 entre 8 y 12 años que viven en la V Región con niños sin diabetes que presentan características similares.
2. Conocer y comparar el nivel de autoestima de niños diabéticos tipo 1 entre 8 y 12 años que viven en la V región con niños sin diabetes que presentan características similares.
3. Conocer y comparar la salud mental de cuidadores de niños diabéticos entre 8 y 12 años que viven en la V Región con cuidadores de niños sin diabetes que presentan características similares.
4. Conocer y comparar el funcionamiento familiar de niños diabéticos entre los 8 y los 12 años que viven en la V Región con el funcionamiento familiar de niños sin diabetes que presentan características similares.
5. Conocer la severidad de crítica expresada y la percepción de crítica en niños diabéticos entre los 8 y 12 años que viven en la V Región, en relación a su cuidador principal y compararla con niños sin diabetes que presentan características similares.

6. Conocer y comparar la presencia de trastorno depresivo en niños diabéticos tipo 1 entre 8 y 12 años que viven en la V Región con niños sin diabetes que presentan características similares.
7. Conocer y comparar el nivel de sintomatología ansiosa en niños diabéticos tipo 1 entre 8 y 12 años que viven en la V Región con niños sin diabetes que presentan características similares.
8. Identificar factores psicológicos y familiares que se encuentran asociados a sintomatología depresiva y/o ansiosa en niños diabéticos tipo 1 que tienen entre 8 y 12 años, que viven en la V Región.

3.2. Hipótesis:

- 1 Los niños con diabetes mellitus tipo 1 que tienen entre 8 y 12 años y viven en la V región, presentan un desarrollo psicosocial menor a niños sin diabetes que poseen características similares.
- 2 Los niños con diabetes mellitus tipo 1 que tienen entre 8 y 12 años y viven en la V región, presentan menores niveles de autoestima en comparación a niños sin diabetes con características similares.
- 3 Los cuidadores de niños diabéticos entre 8 y 12 años que viven en la V Región, presentan más dificultades de salud mental en comparación a los cuidadores de niños sin diabetes de características similares.
- 4 Los niños con diabetes mellitus tipo 1 entre los 8 y los 12 años que viven en la V Región, perciben sus familias más disfuncionales que niños sin diabetes de características similares.
- 5 Los niños diabéticos entre los 8 y los 12 años que viven en la V Región, perciben mayor severidad en la crítica expresada por sus cuidadores principales en comparación a niños sin diabetes de características similares.

- 6 Los niños con diabetes mellitus tipo 1 que tienen entre 8 y 12 años y viven en la V Región, muestran una mayor presencia de Trastorno depresivo en comparación a niños sin diabetes que poseen características similares.
- 7 Los niños con diabetes mellitus tipo 1 que tienen entre 8 y 12 años que viven en la V Región, presentan más sintomatología ansiosa en comparación a niños sin diabetes que poseen características similares.

3.3. Diseño:

La presente investigación se enmarca dentro de un diseño “Ex Post Facto” prospectivo simple, presentando la característica de ser transversal ya que se analiza en un tiempo único, siendo descriptiva, comparativa y correlacional.

En una primera instancia pretende describir a niños (entre los 8-12 años) que presentan diabetes mellitus tipo 1 y residen en la V Región, considerando la salud mental de los niños (trastorno depresivo y sintomatología ansiosa), factores psicológicos (autoestima y desarrollo psicosocial) y factores familiares (funcionamiento familiar, salud mental del cuidador principal del niño y crítica al interior de la familia). Estos hallazgos serán comparados con un grupo control (niños sin diabetes). Además se intentará conocer la asociación de factores psicológicos y familiares con sintomatología ansiosa y depresiva en niños diabéticos.

3.4. Muestra:

Para la obtención de la muestra de niños diabéticos, se consideraron los registros estadísticos de la Fundación de diabetes Juvenil. En la V Región se calcula que durante el año 2006 había un número cercano a 70 niños entre los 8 y 12 años que viven con diabetes tipo 1. Para reunir la muestra (niños diabéticos y grupo control) se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Los pre-púberes y sus familias declararon su consentimiento de participar en el estudio
- La edad de los participantes se encuentra entre los 8 y 12 años
- Como criterio de exclusión se consideró que el niño o su cuidador no estén en condiciones físicas y/o psicológicas para contestar los cuestionarios.

En el caso de los niños diabéticos, además se consideró:

- Que los sujetos hayan sido diagnosticados con diabetes mellitus tipo 1 con un tiempo superior a un año

En el grupo control:

- Los niños no presentan diabetes mellitus tipo 1 ni la presencia de otra enfermedad crónica.

3.4.1. Tamaño de la muestra:

Se utilizó la fórmula para cálculo de tamaño muestral en estudios caso control, con un Z alfa correspondiente a un error de tipo 1 y un Z beta con una potencia del 80%. **Ajustándose la muestra a 23 niños por grupo.**

3.4.2. Forma de extracción de la muestra:

Los niños con diabetes mellitus tipo 1 y su cuidador principal, fueron contactados a través de la Fundación de diabetes juvenil V región, quienes poseen registro de los niños ordenados alfabéticamente.

En los listados de la Fundación de Diabetes Juvenil a cada uno de los niños se le asignó un número del 1 al 70. Al ser seleccionado un número, este correspondía alfabéticamente al apellido de un niño en la lista de la institución. A través de la generación de números aleatorios Excel, se obtuvo los niños diabéticos seleccionados.

Se encontraron seis casos en los cuales los sujetos se negaron a participar en el estudio y uno en el cual los padres del niño no pudieron ser contactados, debido a lo anterior, se seleccionó mediante sistema de muestreo nuevos números (correspondientes alfabéticamente a un niño) que brindaron la posibilidad de reemplazar a los individuos.

El grupo de niños diabéticos fue pareado con un grupo control. Para constituir el grupo se consideró sexo, edad, escolaridad, comuna y nivel socioeconómico, este último se asimiló a la dependencia administrativa del establecimiento educacional (Gorostegui, 1992).

Los controles se seleccionaron mediante las listas de curso de los niños diabéticos. Los nombres se encuentran numerados en los listados de los establecimientos educacionales, mediante la generación de números aleatorios Excel, fueron señalados al azar. En el caso de los colegios mixtos, se consideró numerar a los escolares que tenían el mismo género del niño diabético. Los niños del grupo control fueron contactados a través del personal de los establecimientos educacionales y los padres de niños diabéticos que participaron en el estudio.

En cinco casos los niños diabéticos no pudieron ser pareados con compañeros de curso, debido a la imposibilidad de contacto con los niños seleccionados (2 casos) y la inasistencia a los encuentros previstos con la alumna tesista (3 casos). En estas situaciones particulares el reemplazo de los sujetos se realizó considerando las variables consideradas para la creación del grupo control, es decir presentaron la misma edad, escolaridad, sexo, comuna y nivel socioeconómico.

3.4.3. Grupo niños diabéticos

El grupo de niños diabéticos fue constituido por 23 niños (13 mujeres y 10 hombres), residentes de la V Región. En todos los casos no se observaron discapacidades físicas, realizando actividades como asistir al colegio en forma regular y hacer ejercicio. El promedio de edad de los niños fue de 10 años (Para mayor información ver anexo N° 2). Al momento del estudio el 21.7 % de los niños cursaba séptimo básico, el 30.4% se encontraba en sexto básico, el 21,7% en quinto, el 13% cuarto y un 13% en tercero básico. La dependencia municipal de los establecimientos educacionales a los cuales asistían los niños fue en un 34,7% Particular, 52,1% Subvencionado y 13% Municipal.

El 39,1% de los niños viven en comunas situadas al interior de la V Región (Catapilco, Quilpue, San Felipe, Quillota, La Calera y Los Andes), el 17,4% en la ciudad de Valparaíso, el 39,1% en Viña del Mar y el 4,3% en la comuna de Con Con.

En cuanto a las características del grupo familiar se observó que el 52,1% de los niños vivían con ambos padres, 30,4% pertenecen a familias monoparentales (viviendo con la madre), 13% a familias reconstituidas y en un caso correspondiente al 4,3%, el niño vive con abuelos maternos. En el 13% de los casos los niños eran hijos únicos, el 39,1% primogénito, 43,4% el menor y 4,3% hijo del medio. En el 60,8% de las familias uno de los padres contaba con educación superior (universitaria o técnica). Siendo el sostenedor económico del hogar en el 69,5% el padre, el 13% la madre y en 17,3% ambos.

El cuidador principal de los niños diabéticos encuestados fue en 22 casos (95,6%) la madre del niño y en un caso (4,3%) la abuela materna, cabe señalar que en este caso particular el niño vivía con los abuelos maternos desde la infancia viendo a su madre en forma esporádica.

El 74% de los niños vive con la enfermedad hace menos de cinco años, fluctuando los años de diabetes en el niño entre 1 año y tres meses como mínimo y 10 años el máximo.

Al momento de la investigación el 56,5% de los niños diabéticos presentaba un control metabólico estable (entre 80-120 mg/dl) y el 43,4% se caracterizaban por tener un control inestable de la enfermedad (sobre 120 mg/dl o bajo 80 mg/dl). Es importante señalar que esta información fue entregada en forma verbal por los cuidadores y los niños, sin contar con procedimientos médicos que la avalen.

3.4.4. Grupo Control (niños sin diabetes)

El grupo lo conforman 13 mujeres y 10 hombres, residentes de la V región. Los niños presentan la misma distribución de nivel de escolaridad, sexo, comuna de residencia y nivel socioeconómico que los niños diabéticos. Las edades presentaron algunas variaciones, debido a diferencias de meses.

En cuanto a la composición del grupo familiar de estos niños se observó que el 69,5% vivían con sus familias nucleares, 17,4% pertenecían a familias reconstituidas y el 13% a familias monoparentales. En cuanto a su ubicación dentro de la familia 17,4% son único hijo, 21,7% el mayor de los hermanos, 26% el menor y 34,8% el hijo del medio. En 69,5% de los casos uno de los padres contaba con formación superior. El principal sostenedor del hogar en

39% familias es el padre, en 8,6% la madre y en 52% ambos. De los niños encuestados en el 100% el cuidador principal del niño era la madre.

3.5. Instrumentos:

3.5.1. Encuesta de datos sociodemográficos y antecedentes de la enfermedad:

Breve encuesta cuyo objetivo fue obtener datos sociodemográficos del niño y su familia. En esta se consignó nombre del niño, fecha de nacimiento, edad, sexo, escolaridad, domicilio, estructura de la familia, número de hermanos, lugar que ocupa, establecimiento educacional al que asiste y escolaridad de los padres. En el caso de los niños diabéticos además se preguntó respecto de la fecha de inicio de la enfermedad, número de hospitalizaciones, operaciones, inyecciones diarias de insulina, medicamentos ingeridos, controles glicémicos y médicos.

3.5.2. Escala de desarrollo psicosocial de Zazzo y Hurting.

Creada en 1969 por M.C. Hurting y R. Zazzo para niños entre los 5 y los 12 años de edad. Se basa en la escala de madurez de Vineland y en el inventario de comportamientos de Gesell.

En nuestro país este instrumento ha sido objeto de varios trabajos, entre estos se cuenta el de Rene Carrasco y Sara Molina quienes iniciaron la investigación de la escala en 1985, adaptándola para niños entre los 6 y los 8 años de edad. Maria Paz Velasco (1986) realiza la adaptación para el grupo etareo de cinco años, al año siguiente Cecilia Alarcón y Marcela Veas (1987) efectuaron la adaptación de la escala para niños entre 10 y 12 años. En 1989 Casarejos y Reveco la estandarizan para niños entre los 6 y los 8 años, y Cubillos y Neira en 1991 para niños entre los 10 y 12 años.

Esta prueba mide desarrollo Psicosocial involucrando: autonomía, adaptación social e inteligencia social. (Cubillos, Neira, 1991).Consta de tres escalas:

- Subprueba de Autodirección: Es la escala más próxima a la escala de Vineland y es la que posee mayor número de ítems (88). Reúne comportamientos referidos a la autonomía material en la vida cotidiana, tales como: Autonomía material en casa, autonomía en diversas actividades y autonomía en actividades extrafamiliares.

- Subprueba de Intereses: Los comportamientos son referidos a la apertura intelectual del niño, de la amplitud de sus intereses por la vida social. Se subdivide en los siguientes epígrafes: Interés por los libros y la lectura, interés por la vida social e intereses diversos.
- Subprueba de Relaciones Interindividuales: Los comportamientos aquí explorados se refieren a la autonomía afectiva, la apertura social y la inteligencia social. Se subdivide en: Relaciones interpersonales con los padres, relaciones interpersonales con el grupo de iguales y relaciones interpersonales con el grupo social en general.

La versión adaptada de la prueba se encuentra compuesta por 130 ítems, los cuales se distribuyen de la siguiente manera: 88 ítems en la parte de autodirección, 21 en intereses y 21 en relaciones interindividuales. (Casarejos y Revenco, 1989)

Se aplica a la madre o al adulto a cargo del niño, a través de una entrevista que dura alrededor de 30 minutos y que trata de la conducta del escolar, en donde se realizan las preguntas de la escala. Se le advierte a la madre o al adulto que se encuentra contestando la prueba que solo responda respecto a lo que el niño hace y no de lo que es capaz de hacer, en donde el examinador debe cerciorarse de que la persona que responde comprende las preguntas, haciéndole las aclaraciones que sean necesarias.

La prueba consta de 130 ítems que se responden “SI” cuando el niño cumple con la conducta exigida en el ítem (1 punto), “A veces” cuando el niño cumple en ocasiones con la conducta señalada o la realiza en forma parcial (0,5 puntos) y “No” cuando hay falta de oportunidad para cumplir con la conducta exigida por el reactivo (0 punto).

La confiabilidad del instrumento es estadísticamente significativa, Carrasco y Molina (1985) obtuvieron para la prueba total una confiabilidad de 0,88 señalando consistencia en la escala con la posibilidad de interpretar los resultados con un alto grado de confianza. Alarcón y Veas (1987) a través del método de Kuder-Richarson obtuvieron altos coeficientes de confiabilidad para la prueba total. Específicamente 0,92 para los 10 años y 0,93 para los 12 años.

El puntaje obtenido por el sujeto en la escala total y en cada una de las subpruebas debe ser transformado a puntaje percentil.

3.5.3. Cuestionario de autoconcepto de Piers-Harris

Instrumento que permite la medición de la autoestima. Se encuentra adaptado y validado para nuestro país por Gorostegui (1992) para niños cuyas edades fluctúan entre los 8 y los 12 años de edad, ha sido utilizado en investigaciones Chilenas con resultados satisfactorios (Gorostegui; 2003; De la Barra, Toledo y Rodríguez, 2002). El test original es una escala ampliamente utilizada en Estados Unidos, destinada a evaluar autoconcepto en niños y adolescentes entre los 8 y los 18 años (Gostegui, 2003).

La adaptación y validación chilena se realizó de acuerdo a normas clásicas de construcción de pruebas en el campo de la Psicología (Gorostegui, 2003). Su validación y creación de normas consideró niños entre los 8 y 12 años, si bien la prueba original abarca un rango etareo mayor, la adaptación de la prueba consideró este rango de edad debido a consideraciones teóricas (Gorostegui, 2003).

Esta prueba puede ser administrada en forma colectiva o individual, su comprensión requiere de un nivel de lectura correspondiente a 3° año básico. Una modalidad que se recomienda con niños pequeños, es leer toda la prueba una vez finalizadas las instrucciones o bien leer cada uno de los ítemes, asegurándose que estos comprenden la naturaleza de la tarea (Gorostegui, 1992). No obstante lo anterior, se debe considerar que desde la edad de 8 años los niños pueden reportar sus sentimientos, vivencias y aflicciones, haciendo de los autorreportes medidas válidas (Cáceres & Collado, 1994).

La prueba consta de 70 ítemes, los cuales son contestados mediante SI o NO, estos se puntúan en dirección del autoconcepto positivo. El instrumento permite obtener un resultado global y resultados para seis sub-escalas que corresponden a dimensiones específicas del autoconcepto, estas sub-escalas son: I Conducta, II Estatus intelectual y escolar, III Apariencia y atributos físicos, IV Ansiedad, V Popularidad, VI Felicidad y Satisfacción. En esta investigación solo se utilizará la escala en forma global, debido a los objetivos propuestos para el estudio. El puntaje total y el de las subescalas pueden ser convertidos a puntajes T.

La prueba de Piers Harris ha sido sometida a numerosas investigaciones, demostrando confiabilidad y validez. El índice promedio de discriminación calculado con el coeficiente de correlación biserial puntual fue de 0,39 (siendo aceptable para estas pruebas sobre 0,20). En la adaptación para Chile no se realizaron pruebas de validez concurrente o predictiva, debido a que el instrumento original cuenta con numerosos estudios que demuestran una alta validez (Gostegui, 2003). Presenta una confiabilidad de 0,885 para la escala total, obtenido a través de la prueba Kuder Richardson 20 (Gorostegui, 1992).

3.5.4. Cuestionario de Salud de Goldberg en su versión abreviada de 12 preguntas (GHQ-12).

Creado por David Goldberg, con el objetivo de medir malestar psíquico en forma general. Es un instrumento que evalúa salud mental autopercebida, es decir la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales.

El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas, elaborándose posteriormente versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems, esta última es la que se utiliza en esta investigación. Esta versión abreviada ha probado ser tan efectiva como las versiones más extensas (Fullerton, Acuña, Florenzano, Cruz, & Weil, 2003). Esta prueba fue creada como un cuestionario autoadministrado de lápiz y papel, cuyos ítems surgen de estudios sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Golberg.

Como su nombre lo indica la prueba consta de 12 preguntas, con proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de cuatro posibles respuestas. Su puntuación se realiza asignando 0 a las 2 primeras respuestas de cada enunciado y un 1 a las 2 últimas. De esta manera se obtiene un puntaje total, estableciéndose categorías según la puntuación obtenida por el sujeto.

Cuadro N° 1. Clasificación de puntajes obtenidos en el Cuestionario de Salud de Goldberg (Fullerton, Florenzano, Cruz & Weil, 2003)

Puntaje	Categoría
0-4	Ausencia de Psicopatología
5-6	Psicopatología Subumbral
7-12	Indicativos de presencia de Psicopatología

Los puntajes de corte señalados son los aplicados en la investigación de síntomas psicológicos en la atención primaria, presentando en estudios una alta correlación con diagnósticos psiquiátricos (Fullerton, Acuña, Florenzano, Cruz & Weil, 2003).

Esta prueba fue validada y utilizada en nuestro país en diversas investigaciones (Trucco, Larrain & Campusano, 1979; Araya, Gin & Lewis, 1992; Humphreys, et al 1991 y Fullerton, Florenzano, Cruz & Weil 2003). Se describe una sensibilidad del 78% y un valor predictivo del 55% (Araya, Wynn & Lewis, 1992).

3.5.5. APGAR familiar de Smilkstein

Creado por el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington en 1978, el APGAR mide el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar (Jara, Maddaleno, Florenzano & Salazar, 1989). Esta prueba se considera un instrumento de tamizaje sobre el estado funcional de la familia, Maddaleno y colaboradores (1993) tradujeron este cuestionario y lo validaron para nuestro país. Cuenta con cinco ítems presentando la desventaja de ser muy general, sin embargo, permite una aproximación a los conflictos al interior de la familia, especialmente si se aplica a diferentes miembros (Horwitz, 1991).

Este instrumento ha sido utilizado con buenos resultados en investigaciones donde se incluyeron niños de la misma edad del presente estudio, como informantes de la funcionalidad familiar (Álvarez & Barraza, 1994). Además, se utiliza en la atención primaria del área Oriente de Santiago (Horwitz ,1991) y a sido empleado en diversas investigaciones en nuestro país con buenos resultados (Horwitz, Florenzano & Ringeling, 1985; Arcos, Molina, Repposi, Uarac, Ritter & Arias, 1999).

Smilskstein define familia como un grupo psicosocial entre quienes hay un acuerdo de apoyarse mutuamente, estableciendo como criterios de funcionamiento familiar sano la adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución (Jara, Maddaleno, Florenzano & Salazar, 1989).

Estos componentes fueron traducidos en una pauta de cinco preguntas, la cual se puede aplicar en una entrevista. La puntuación obtenida señala la percepción del sujeto respecto al estado funcional de la familia. El puntaje del cuestionario fluctúa entre los 0 y 10 puntos. Se concede 0 puntos cuando el sujeto responde casi nunca, 1 punto a veces y 2 casi siempre. El puntaje total de la escala da origen a tres categorías (Familia funcional; disfuncional; gravemente perturbada).

Cuadro N° 2. Clasificación de los puntajes obtenidos en el APGAR familiar de Smilkstein

Puntaje	Categoría
0-3	familia gravemente perturbada
4-6	familia disfuncional
7 -10	familia funcional

En la validación del instrumento en Chile se encontró correlación entre la satisfacción con la vida familiar (APGAR) y la presencia de problemas familiares (Familia y Salud Doc de Trab N° 55 CEAP, 1993). De la misma manera, Jara y colaboradores (1989) basándose en estudios chilenos en donde se utiliza este instrumento, señalan que el APGAR promedio es menor cuando existen problemas de pareja, con el padre, la madre o con otros miembros del grupo familiar.

En nuestro país Jara y colaboradores (1989) determinaron la eficacia de la prueba en forma global, determinando que el instrumento es eficiente tanto en su sensibilidad como especificidad, mostrándose como un buen canal de expresión de problemas percibidos en la familia. Ejemplo de lo anterior, es que frente a un problema de salud mental en la familia el instrumento presenta una sensibilidad de un 89% y una especificidad de un 84%.

3.5.6. Escala de Criticismo (PCS)

Creada por Hooley y Teasdale, (1989) es un instrumento que permite medir crítica al interior de la familia, permitiendo conocer los niveles de tensión en que se desenvuelve la dinámica familiar (Miklowitz, 2005).

Es una prueba de lápiz y papel que toma cinco minutos de aplicación, consiste en 4 preguntas medidas a través de una escala Likert, donde el número 1 indica ausencia de crítica y 10 una alta crítica. El sujeto debe señalar la severidad de crítica percibida hacia él respecto a un pariente (usualmente padres, cónyuge, amigos cercanos) y la severidad de su propia crítica hacia este, además la prueba incluye el enojo percibido por el sujeto cuando es criticado y su percepción de los niveles de tensión, que genera en la otra persona, cuando él lo critica.

La utilización del instrumento consiste en señalar al sujeto que conteste 4 preguntas pensando en un pariente (padre, madre, esposo, amigo, hijo, etc.) el cual debe ser consignado. En este estudio se les solicitó a los niños contestar en relación a su cuidador principal, siendo este generalmente la madre. En el caso del cuidador principal, estos contestaron en función del niño evaluado.

En cada pregunta el sujeto debe asignar un número desde el 1 al 10, donde 1 significa ausencia de crítica y 10 muy alta presencia de crítica, las preguntas son las siguientes:

- 1) ¿Cuan crítico piensas que tú eres con_____? (Esta pregunta mide severidad de la crítica del sujeto hacia el pariente escogido).

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

- 2) ¿Cuan crítico piensas que es contigo_____? (Esta pregunta mide la severidad de la crítica del pariente hacia el sujeto).

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

- 3) ¿Cuando_____te critica, cuan enojado te sientes? (Tensión del sujeto frente a la crítica del pariente).

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

- 4) ¿Cuándo tu críticas a _____ cuan enojado se pone el/ella? (Tensión del pariente frente a la crítica del sujeto).

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Es importante señalar que en publicaciones norteamericanas (Miklowitz, 2005) se clasifica este instrumento como escala Likert. Según Briones (1992) las escalas Likert pueden ser presentadas como una escalera, donde el sujeto debe indicar la intensidad de la actitud que esta siendo medida. Además, indica que una escala Likert debe poseer opciones de respuesta, que son indicadores del grado de intensidad de la actitud que esta siendo medida. En este sentido, la escala de crítica posee para el puntaje de 1 punto el significado de “ausencia de crítica” y para el puntaje 10 “presencia total”. Sin embargo, para los números que se ubican entre ambos extremos, se carece de opciones de respuesta.

Esta situación que se observó como problemática fue consultada a Miklowitz autor de trabajos Norteamericanos y publicaciones donde se utiliza este instrumento, quien señaló que se utilizaba como “una escalera” en donde el sujeto debía ubicar subjetivamente su percepción de los niveles de crítica señalando un número del 1 al 10, en donde los extremos poseen las opciones de respuesta “Ausencia” y “Muy presente” respectivamente. Representando los números intermedios (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,9) un aumento progresivo, en la severidad de crítica o enojo.

Este instrumento ha demostrado poseer niveles de confiabilidad y validez aceptables. En un estudio tet-retest después de veinte semanas se observó una confiabilidad de 0,75 para la pregunta ¿Cuan crítico piensas que es contigo...? (Hooley & Teadsdale, 1989 en Miklowitz, 2005). En pacientes con depresión mayor se correlacionó las respuestas dadas en la escala de criticismo con las respuestas relativas a severidad de crítica aportadas por la entrevista familiar de Camberwell (CFI) encontrando una correlación de 0, 51 (Hooley & Teadsdale, 1989 en Miklowitz, 2005). En otro estudio con pacientes ansiosos, se encontró que la escala de crítica percibida, predecía los niveles de crítica presentes en la interacción entre el paciente y su cónyuge (Chambless et al, 2001 en Miklowitz, 2005).

En cuanto a la validez discriminativa se ha observado que la escala de criticismo es independiente de síntomas depresivos o ansiosos demostrados por el paciente, desórdenes de

personalidad, género, edad o pariente en relación al que se conteste la escala (Hooley & Teadsdale, 1989; Chambless et al, 1999 en Miklowitz, 2005).

La escala de criticismo es primera vez que se utiliza en Chile. En esta investigación presentó una consistencia interna de 0,748 en la muestra de niños y de 0,771 en el caso del cuidador principal, ambos resultados se obtuvieron a través de la prueba estadística Alfa de Cronbach.

3.5.7. Cuestionario de depresión infantil (CDI).

Su nombre original es “Children’s depresión inventory” y su autor es Maria Kovacs (1977), su adaptación fue realizada para nuestra realidad nacional en 1991 por Coggiola y Guillon, quienes entregaron normas provisorias del instrumento. Fue estandarizado para Chile por Cáceres y Collado (1994). La estandarización del instrumento se realizó en población escolar de ambos sexos, para las edades comprendidas entre los 8 y los 14 años de edad.

Este instrumento evalúa la presencia y severidad de síntomas afectivos, cognitivos y conductuales de la depresión, permitiendo un diagnóstico descriptivo de la depresión que se encuentra exento de valoraciones teóricas (Cáceres & Collado, 1994). Es un cuestionario de autorreporte, consta de 27 preguntas en donde cada ítem evalúa un síntoma a través de la presentación de tres alternativas las que se puntúan 0, 1 ó 2 puntos en dirección creciente de patología según la severidad del síntoma. (Ej.: 0 pto: Tengo ganas de llorar de vez en cuando; 1 pto: Tengo ganas de llorar muchos días; 2 pto: Tengo ganas de llorar todos los días). Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado en investigaciones en Chile (Álvarez y Barraza, 1994; Cova, et al 2005) y en el extranjero (Hood, 2006; Kim y Cicchetti, 2006; Chamorro, et al 2001; Vila, et al 1999).

La estandarización Chilena indica que el instrumento presenta una confiabilidad de 0,715 obtenida a través del método de Spearman-Brown (par-impar) y una estimación del coeficiente de alpha de Cronbach de 0,716. Además se calculó la estabilidad de la prueba, presentando un coeficiente de correlación de Pearson igual a 0,738. Todos estos resultados son estadísticamente significativos (Cáceres & Collado, 1994).

En cuanto a la validez del instrumento en 1983 Kovacs realizó un estudio destinado a ver la capacidad del instrumento para discriminar entre niños con diferentes diagnósticos,

presentando los sujetos con depresión mayor puntajes significativamente más altos que los otros grupos. Otros estudios utilizaron como criterio diferentes instrumentos destinados a medir la presencia de depresión, este es el caso de Asarnos y Carlson quienes utilizando el “Depresión Self-rating Scale” encontraron una correlación de 0,81 puntos al comparar los resultados con los obtenidos en el CDI (Cáceres & Collado, 1994).

En Chile los análisis hechos en torno a la validez del instrumento permiten señalar que este evalúa en forma significativa la presencia de depresión en niños. Específicamente se realizó el estudio de la validez de constructo por medio del método de análisis factorial de componentes principales.

Diversas investigaciones utilizan esta prueba con puntaje de corte, lo que permite establecer un punto a partir del cual se determinará que sujetos padecen del trastorno y cuales no. En estudios realizados en el extranjero se han empleado diversos criterios en la utilización del CDI, es así como Hood (2006) en un estudio realizado por la Universidad de Harvard considera 13 puntos como indicador de una elevada presencia de síntomas depresivos, Martínez (2000) en España utiliza como punto de corte en la misma prueba 19 puntos, en cambio Ladrón, Alcalde y de la Viña (2000) consideran el puntaje 17.

En la estandarización Chilena del CDI Cáceres y Collado (1994) señalan el puntaje 18 como punto de corte para identificar sujetos que presentan el trastorno.

En la presente investigación el puntaje 18 se considerará presencia de trastorno depresivo.

3.5.8. Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC)

Desarrollado por Spielberg corresponde a un método de auto-reporte de miedo y ansiedad en niños y se enmarca dentro de los cuestionarios de ansiedad general. Esta prueba cumple una función de sondeo de síntomas, no entrega diagnósticos determinados, ni discrimina entre niños con y sin trastornos de ansiedad. Su fundamento teórico lo constituye la escala de ansiedad estado-rasgo de Spielberg.

El STAIC fue adaptado y estandarizado para Chile por Cambiaso y Vilaseca (1992). En la estandarización se señalan edades para niños entre los 9 y 12 años, sin embargo la muestra de

estandarización incluía sujetos de 8 años. Esta prueba ha sido empleada en investigaciones nacionales (Cova, et al, 2005) y en el extranjero (Chamorro, et al 2001; Vila, et al 1999).

En la estandarización realizada en nuestro país, se encontró que la confiabilidad de la prueba obtenida a través de la fórmula Kuder-Richardson 20 es de 0,83 para la escala estado y de 0,77 para la escala rasgo. Los índices de confiabilidad obtenidos en la muestra Chilena permiten interpretar que el STAIC es un instrumento que evalúa ansiedad como un estado transitorio y como rasgo de personalidad, con un grado de confiabilidad aceptable (Cambiaso y Vilaseca, 1992). En cuanto a la validez del instrumento, los autores de la estandarización para Chile no pudieron especificar la validez concurrente debido a la escasez de pruebas en nuestro país que midan ansiedad en forma confiable y válida. Sin embargo, se puede tener como referencia un estudio efectuado con niños Puertorriqueños y Panameños en donde al aplicar el STAIC en conjunto con el IDAREN (inventario de ansiedad) se encontraron puntajes correlacionales que fluctuaron entre 0,81 y 0,86.

El STAIC consta de dos escalas, una para medir estados transitorios de ansiedad (ansiedad estado) y otra para medir diferencias individuales relativamente estables (ansiedad rasgo). Cada uno de los cuestionarios tiene 20 preguntas, en donde el niño debe responder el test seleccionando para cada ítem una de tres alternativas. Cada una de las preguntas recibe un puntaje de 1, 2 ó 3 puntos según corresponda. La estandarización de la prueba permite transformar los puntajes brutos a puntajes T, indicando la posición del individuo en relación al grupo de referencia.

3.5.9. Inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de Achenbach (CBCL):

Creado por Achenbach en 1978, estandarizado para nuestro país por Montenegro y colaboradores (1983) para niños de 6 a 11 años. Si bien, en esta investigación la muestra consideró niños con 12 años, se optó por utilizar esta prueba para evaluar el punto de vista del cuidador respecto de la salud mental del escolar.

Este instrumento ha sido utilizado en numerosas investigaciones tanto nacionales como internacionales (Bralio, Seguel & Montenegro, 1987; MacDonald, et al, 1995; Chamorro, et al 2001; Cova, 2005). Esta prueba permite realizar un tamizaje de problemas conductuales y emocionales en el niño desde la perspectiva del cuidador. El inventario presenta la utilidad de

servir como instrumento de diagnóstico grueso, para distinguir y diferenciar niños que presentan problemas emocionales, de aquellos que no los poseen (Montenegro, et al. 1983).

La escala de problemas conductuales posee nueve factores o categorías que permiten explorar un amplio rango de síntomas psicopatológicos, estos en la estandarización Chilena son diferentes para hombres y mujeres (Montenegro, et al 1983).

Achenbach dentro de los análisis realizados con el inventario encontró dos subdominios de síntomas que denominó internalizantes (depresión-ansiedad) y externalizantes (trastornos disruptivos).

El inventario cuenta con una alta confiabilidad en la información obtenida tanto al ser contrastada por test re-test como con las respuestas dadas por el otro progenitor. El índice de consistencia interna del instrumento analizada a través del índice Kuder-Richardson 20, mostró ser altamente significativo con 0,97 para la escala de problemas conductuales (Montenegro, et al., 1983). La estandarización también demostró que la prueba posee validez de constructo, discriminando entre la muestra clínica y la muestra normal.

La prueba consta de 113 ítems, que son calificados con 0 punto cuando el reactivo no describe la conducta del niño, en donde el cuidador marca NO. Cuando el niño a veces muestra la conducta el puntaje es 1 y cuando si la presenta, siendo una conducta cierta y presente en el escolar actualmente o dentro de los últimos doce meses se califica con 2 puntos. El puntaje total obtenido por el niño puede ser transformado en puntaje T, considerándose como puntaje alto, 2 DS sobre el promedio ($T=70$) (Montenegro, et al. 1983).

3.6. Procedimiento:

El estudio se inicio el año 2006 contactando a los niños con diabetes tipo 1 entre los 8 y los 12 años, estos fueron pesquisados en su mayoría a través de la Fundación de Diabetes Infanto-Juvenil V región, siendo seleccionados en forma aleatoria.

La encargada de la Fundación se comunicó telefónicamente con los padres de los niños seleccionados, explicando los propósitos de la investigación y averiguando si estos se encontraban interesados en participar. En cuatro casos los niños fueron contactados a través

de los médicos tratantes, principalmente debido a la no actualización de los números telefónicos de los menores. Al mismo tiempo, la investigadora asistió a reuniones de grupos de ayuda a niños diabéticos con sus padres explicando los propósitos de la investigación y señalando que la selección de participantes se haría en forma aleatoria. Esto se realizó con el objetivo de dar a conocer los objetivos del estudio y que los padres en caso de ser contactados por la Fundación conocieran los propósitos de la misma, así como a la investigadora.

Una vez que los padres accedieron a participar la alumna tesista se contactó en forma telefónica con la familia, en esta conversación se convenía hora, día y lugar de entrevista, el cual podía ser el domicilio del niño o la consulta particular de la psicóloga. En el encuentro se les entregó una carta de consentimiento informado a los cuidadores (generalmente la madre) y al niño, solicitando su firma en esta (tanto del niño como de su cuidador principal). En esta instancia se les explicitó a los participantes de que la información entregada por estos sería utilizada en la investigación en términos numéricos, resguardando la información individual entregada así como las identidades de los niños y padres.

A continuación se realizó la aplicación de las pruebas en forma particular con el niño y con el cuidador principal, esto con el objetivo de entregar un espacio de intimidad en donde las personas pudieran manifestar sus emociones sin preocuparse por la presencia de otras personas. Primero se realizó las preguntas de la encuesta referidas a datos sociodemográficos, así como aspectos vinculados a la enfermedad. Después se procedió a aplicar los cuestionarios.

La evaluación tomó un tiempo aproximado de 1 hora y media con cada pareja (cuidador principal-niño). Cuando cada uno de estos respondía, el otro esperaba en la sala de espera o en otra habitación de la casa.

Los instrumentos aplicados fueron los siguientes:

Instrumentos aplicados al cuidador principal del niño:

- Encuesta de datos sociodemográficos y antecedentes de la enfermedad
- Escala de desarrollo psicosocial de Zazzo y Hurting
- Inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de Achenbach (CBCL)⁴
- Cuestionario de Salud de Goldberg en su versión abreviada de 12 preguntas (GHQ-12)
- APGAR familiar de Smilkstein
- Escala de Criticismo (PCS)

Instrumentos aplicados al niño:

- Cuestionario de autoconcepto de Piers-Harris
- Cuestionario de depresión infantil (CDI)
- Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC)
- APGAR familiar de Smilkstein
- Escala de Criticismo (PCS)

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a la corrección de estos y se entregó a los padres y al niño la devolución de la información obtenida a través de las pruebas. Esto se realizó en una fecha acordada por ambas partes, generalmente efectuada una semana después. En la devolución se entregó un pequeño informe escrito.

El grupo control fue contactado en forma paralela a la toma de datos de los niños diabéticos. El contacto con los niños del grupo control se realizó en una primera instancia a través de los colegios, en donde se solicitó los números telefónicos de los niños al azar seleccionados, en otros casos, los padres de los niños diabéticos actuaron como fuente de contacto. A continuación se realizó el mismo procedimiento descrito con el grupo de niños diabéticos.

⁴ En forma complementaria se utilizó el Inventario de Problemas conductuales y destrezas sociales de T. Achenbach. No se consideró dentro de los objetivos porque no se encuentra estandarizado para niños de 12 años.

La información recogida fue procesada directamente por medio de los instrumentos utilizados, según las instrucciones de corrección y aplicación de puntaje indicadas por los autores de los mismos. Los datos fueron tabulados y digitados en planillas Excel.

Los datos fueron analizados estadísticamente mediante el programa SPSS y Microsoft Excel. Se empleó estadística descriptiva, paramétrica y no paramétrica, realizando el cálculo de confiabilidad para la escala de criticismo a través del alfa de Conbrach. A continuación se confeccionaron cuadros y tablas, efectuando posteriormente el análisis de los cálculos estadísticos.

3.7. Variables del Estudio:

Variable Independiente

Diabetes:

En este estudio se considerará variable independiente la presencia o ausencia de diabetes, estudiando su posible influencia en la salud mental, factores psicológicos y familiares.

Definición conceptual:

Diabetes: “Enfermedad crónica, de diferentes etiologías, que se caracteriza por hiperglicemia, que resulta de un déficit en la secreción y/o acción de la insulina”. (Ministerio de Salud, 2005, p. 3)

Definición operacional:

Diabetes: El diagnóstico fue establecido por un Endocrinólogo o Diabetólogo infantil mediante el análisis clínico de sintomatología y exámenes de laboratorio. El diagnóstico fue superior a un año al momento de realizar el estudio.

Variables Dependientes

Salud mental:

Se refiere al bienestar psicológico y emocional del sujeto. Es importante mencionar que con el fin de realizar un acercamiento a la salud mental de niños insulino dependientes se medirá la presencia de trastorno depresivo y sintomatología ansiosa.

Definición conceptual:

a) Trastorno depresivo: El DSM-IV menciona la depresión infantil dentro de los trastornos del ánimo, incluyendo en esa categoría los trastornos bipolares y depresivos. En estos últimos se encuentra la depresión mayor y la distimia. Síntomas esenciales de la depresión mayor se considera el ánimo deprimido, presentándose en niños y adolescentes como un estado irritable y con pérdida de interés en actividades habituales. Durante la pre-pubertad son particularmente frecuentes las quejas somáticas y agitación psicomotora (Álvarez y Barraza, 1994). Asociándose también los siguientes síntomas: voracidad o falta de apetito, insomnio o hipersonmismo, cansancio, dificultad para tomar decisiones y desesperanza (Álvarez y Barraza, 1994).

b) Sintomatología ansiosa: Se considerarán los planteamientos teóricos de Spielberger quien desarrolló la teoría de ansiedad estado-rasgo (Cambiaso, Vilaseca, 1992). La ansiedad se define como un proceso complejo en donde se involucran aspectos cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales. Este puede ser iniciado por un estímulo externo estresante que puede ser interpretado como peligroso, por un recuerdo o idea que predice la amenaza. La ansiedad estado se define como transitoria, con sentimientos de tensión, aprehensión, preocupación y con elevada actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger y Papay, 1986 en Cambiaso, Vilaseca, 1992). La ansiedad rasgo se refiere a disposiciones individuales estables que se mantienen en el tiempo (Cambiaso y Vilaseca, 1992).

Definición Operacional:

a) Trastorno Depresivo: Puntaje obtenido en el inventario de depresión infantil (CDI). Definiendo como presencia de trastorno depresivo puntajes iguales o superiores a 18 puntos. El puntaje se determinó siguiendo las normas de estandarización del CDI en la población escolar del Área Metropolitana (Cáceres y Collado, 1994).

b) Sintomatología ansiosa: Puntaje obtenido en el inventario auto administrado (STAIC). Este instrumento permite la medición de ansiedad en niños a través de dos escalas. La primera Ansiedad Estado donde el puntaje del sujeto es indicativo de los estados transitorios de ansiedad y la segunda Ansiedad Rasgo que entrega una medida de ansiedad como rasgo de

personalidad, señalando la predisposición del niño a experimentar ansiedad frente a diversas situaciones.

Factores Psicológicos:

Se considerarán aquellos factores psicológicos vinculados a la presencia de diabetes por la literatura internacional. Se incluyen el desarrollo psicosocial y autoestima.

Definición conceptual:

a) Desarrollo psicosocial: Para Zazzo (en Cubillos y Neira, 1991) este concepto involucra tres aspectos fundamentales: 1) autonomía, concebida como independencia progresiva frente al mundo y en la ejecución de tareas básicas (aseo, trabajo escolar, etc.) 2) Adaptación social referida a la integración en el grupo social a través de la participación en la vida social, desarrollando interés por la lectura, actualidad, etc. 3) Inteligencia social referida a la comprensión de situaciones sociales y apertura social (grupo de pares, adultos que rodean al niño.)

b) Autoestima: conceptualizada por Piers-Harris como un conjunto de actitudes respecto de sí mismo, referidas a la autodescripción y autoevaluación de la propia conducta y atributos (en Gorostegui, 1992).

Definición operacional:

a) Desarrollo psicosocial: Puntaje obtenido a través de la escala de Zazzo y Hurting que evalúa la madurez psicosocial lograda, mediante la observación del comportamiento de adaptación del niño al mundo y del logro de autonomía. Esta prueba permite obtener puntajes por cada subprueba: 1) Autonomía: medida a través de la escala de autodirección; 2) Adaptación Social: medida a través de la escala de desarrollo de intereses; 3) Inteligencia Social: medida a través del puntaje obtenido por el sujeto en la escala de desarrollo de las relaciones interindividuales. Además se obtiene un puntaje total para la escala de desarrollo Psicosocial.

b) Autoestima: Puntaje obtenido en el inventario de autoconcepto de Piers-Harris instrumento que permite la medición de la autoestima (Gorostegui, 1992).

Factores Familiares:

En esta investigación se considerarán dentro de los factores familiares dos niveles de observación. En un primer nivel se estudiará las características de uno de los componentes del sistema, el cuidador principal del niño, en específico su salud mental. En un segundo nivel se incorporan aspectos asociados a la dinámica familiar, entendiendo por esta la relación existente entre los miembros del sistema. Con este propósito se medirá funcionamiento familiar y criticismo.

Definición conceptual:

a) Salud mental del cuidador principal del niño: Nivel de bienestar emocional del cuidador del niño (Fullerton, et al, 2003). Que se aprecia en la capacidad para afrontar situaciones estresantes, en donde el sujeto pueda mantener una red de apoyo psicosocial, bienestar psicológico y alto estado de ánimo (Lamb, et al, 1988 en Mora, Martínez y Rosel, 2000).

b) Funcionamiento familiar: Percepción del sujeto acerca del patrón de funcionamiento familiar, considerando su satisfacción (Jara, Maddaleno, Florenzano & Salazar, 1989). Se considera que una familia es funcional cuando esta es capaz de cumplir con las funciones que le han sido encomendadas, considerando la etapa del ciclo vital en la cual se encuentra y las demandas que recibe de su entorno y del ambiente externo (Caballero y Fernández, 2006).

c) Criticismo: Percepción del individuo respecto de la severidad de crítica expresada por un pariente cercano (Miklowitz, et al, 2005). Los comentarios críticos son frases en que por la manera de ser expresadas constituyen un comentario desfavorable sobre la personalidad o el comportamiento de otro (García, 2004). Se considera dentro del criticismo la severidad de los comentarios críticos percibidos por el sujeto, así como la severidad de sus propias críticas hacia otros y los niveles de enojo que esto ocasiona.

Definición operacional:

a) Salud mental del cuidador principal del niño: Puntaje total obtenido en la escala de Goldberg entre 0-12 puntos. De 0-4 puntos se califica como ausencia de psicopatología, de 5-6 psicopatología subumbral y sobre 7 puntos se considera como indicativos de presencia de psicopatología (Fullerton, Florenzano, Cruz, Weil 2003).

b) Funcionamiento Familiar: Medido a través del APGAR Familiar de Smilkstein, con un puntaje total entre 0-10 puntos. De 0-3 puntos la familia se encuentra gravemente perturbada, entre 4-6 puntos la familia es calificada como disfuncional y entre 7-10 puntos la familia es categorizada como funcional.

c) Criticismo: Puntaje dado por el individuo en la escala de criticismo (PCS), donde los puntajes para cada una de las preguntas fluctúan entre 1 y 10. 1 es indicador de ausencia de crítica y 10 alta presencia de esta.

Tabla Nº 2 Matriz de Correlación Grupo niños diabéticos

** Correlación significativa al 0,01 * Correlación significativa al 0,05

	Desarrollo Psicos.	Autoestima	Sintomatología depresiva	Sintomatología Ansiedad Estado	Sintomatología Ansiosa Rasgo	Salud Mental Cuidador	Funcio Famil Cuidador	Funcio. Famil niño	Crit. niño prg 1	Crit niño prg. 2	Crit niño Preg 3	Crit niño Preg 4	Crit Cuidad. Preg. 1	Crit Cuidad. Preg. 2	Crit Cuidad. Preg 3	Crit Cuidad. Preg. 4
Desarroll. Psicosocial	1	,195 ,373	,124 ,574	-,223 ,306	-,020 ,926	-,122 ,579	-,072 ,746	-,078 ,725	-,016 ,942	,119 ,588	-,126 ,568	-,100 ,651	-,086 ,698	,051 ,816	,431* ,040	,077 ,727
Autoestima	,195 ,373	1	-,822** ,000	-,480* ,020	-,781** ,000	-,607** ,002	,690** ,000	,830** ,000	-,375 ,078	-,427* ,042	-,369 ,083	-,389 ,067	-,442* ,035	-,300 ,165	-,102 ,642	-,266 ,219
Sintomatología a depresiva	,124 ,574	-,822** ,000	1			,449* ,032	-,660** ,001	-,796** ,000	,402 ,057	,477* ,021	,420* ,046	,415* ,049	,285 ,188	,418* ,047	,237 ,276	,386 ,069
Sintomatología a ansiosa Estado	-,223 ,306	-,480* ,020		1		,307 ,153	-,329 ,125	-,517* ,012	,359 ,093	,571** ,004	-,160 ,466	,202 ,356	,612** ,002	,339 ,113	,322 ,135	,229 ,292
Sintomatología a ansiosa Rasgo	-,020 ,926	-,781** ,000			1	,631** ,001	-,642** ,001	-,852** ,000	,211 ,333	,446* ,033	,265 ,221	,273 ,207	,411 ,051	,257 ,237	,190 ,385	,208 ,341
Salud Mental Cuidador	-,122 ,579	-,607** ,002	,449* ,032	,307 ,153	,631** ,001	1	-,762** ,000	-,737** ,000	-,002 ,994	,528** ,010	,205 ,349	,197 ,368	,358 ,093	,351 ,101	,397 ,061	,201 ,358
Funcio. Familiar Cuidador	-,072 ,746	,690** ,000	-,660** ,001	-,329 ,125	-,642** ,001	-,762** ,000	1	,881** ,000	-,209 ,338	-,588** ,003	-,205 ,347	-,456* ,029	-,237 ,277	-,227 ,298	-,380 ,074	-,171 ,435
Funcio. Familiar Niño	-,078 ,725	,830** ,000	-,796** ,000	-,517* ,012	-,852** ,000	-,737** ,000	,881** ,000	1	-,360 ,091	-,618** ,002	-,231 ,289	-,417* ,048	-,414* ,049	-,356 ,096	-,419* ,046	-,264 ,223
Critica niño Preg. 1	-,016 ,942	-,375 ,078	,402 ,057	,359 ,093	,211 ,333	-,002 ,994	-,209 ,338	-,360 ,091	1	,232 ,287	,293 ,175	,061 ,782	,107 ,626	,527** ,010	,182 ,407	,280 ,195
Critica niño Preg 2	,119 ,588	-,427* ,042	,477* ,021	,571** ,004	,446* ,033	,528** ,010	-,588** ,003	-,618** ,002	,232 ,287	1	-,186 ,395	,149 ,498	,628** ,001	,158 ,472	,439* ,036	,102 ,642
Critica niño Prg 3	-,126 ,568	-,369 ,083	420* ,046	-,160 ,466	,265 ,221	,205 ,349	-,205 ,347	-,231 ,289	,293 ,175	-,186 ,395	1	,424* ,044	-,248 ,255	,447* ,032	-,171 ,435	,462* ,027
Critica niño Pg 4	-,100 ,651	-,389 ,067	,415* ,049	,202 ,356	,273 ,207	,197 ,368	-,456* ,029	-,417* ,048	,061 ,782	,149 ,498	,424* ,044	1	-,043 ,844	,248 ,253	,054 ,808	,325 ,131
Critica cuidador Pg 1	-,086 ,698	-,442* ,035	,285 ,188	,612** ,002	,411 ,051	,358 ,093	-,237 ,277	-,414* ,049	,107 ,626	,628** ,001	-,248 ,255	-,043 ,844	1	,038 ,862	,270 ,213	,097 ,660
Critica cuidador Pg 2	,051 ,816	-,300 ,165	,418* ,047	,339 ,113	,257 ,237	,351 ,101	-,227 ,298	-,356 ,096	,527** ,010	,158 ,472	,447* ,032	,248 ,253	,038 ,862	1	,550** ,007	,668** ,000
Critica Cuidador Pg 3	,431* ,040	-,102 ,642	,237 ,276	,322 ,135	,190 ,385	,397 ,061	-,380 ,074	-,419* ,046	,182 ,407	,439* ,036	-,171 ,435	,054 ,808	,270 ,213	,550** ,007	1	,356 ,096
Critica Cuidador Pg 4	,077 ,727	-,266 ,219	,386 ,069	,229 ,292	,208 ,341	,201 ,358	-,171 ,435	-,264 ,223	,280 ,195	,102 ,642	,462* ,027	,325 ,131	,097 ,660	,668** ,000	,356 ,096	1

• En gris se encuentran los factores psicológicos y familiares asociados a sintomatología ansiosa y depresiva

IV. Resultados

En una primera instancia se presenta la descripción de los datos, a continuación se indican los resultados de las comparaciones entre niños diabéticos y grupo control considerando cada una de las variables estudiadas, estos se resumen en la tabla N° 1. Finalmente se señalan los factores psicológicos y familiares asociados a sintomatología depresiva y ansiosa en niños diabéticos (Tabla N° 2).

Para complementar la información se realizaron modelos de regresión lineal múltiple estimando las variables que explicarían sintomatología depresiva y ansiosa en niños diabéticos. Los datos obtenidos se exponen brevemente al final del capítulo (Para mayor información ver Anexo N ° 6). También se realizaron comparaciones en el grupo de niños diabéticos por sexo (Anexo N° 5).

4.1. Factores Psicológicos:

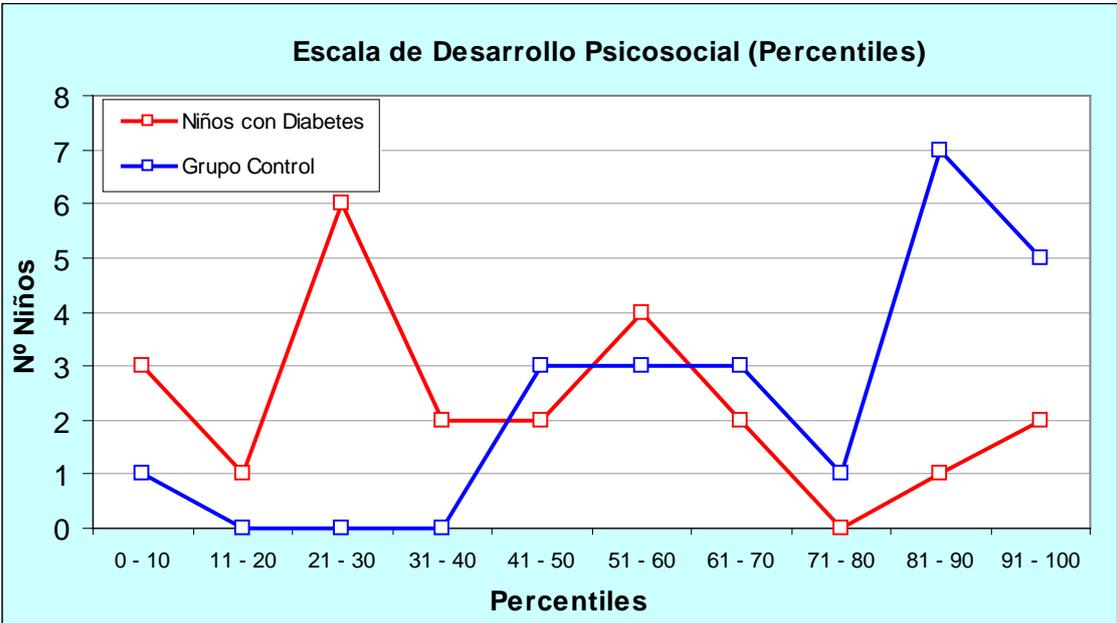
4.1.1. Desarrollo Psicosocial:

Para una mejor comprensión se presentan en forma separada los resultados de la escala total de desarrollo psicosocial y cada una de las subescalas.

a) Escala Total de Desarrollo Psicosocial

Descriptivamente se observó que el grupo de niños diabéticos se ubica frecuentemente en percentiles más bajos en relación a los niños sin diabetes.

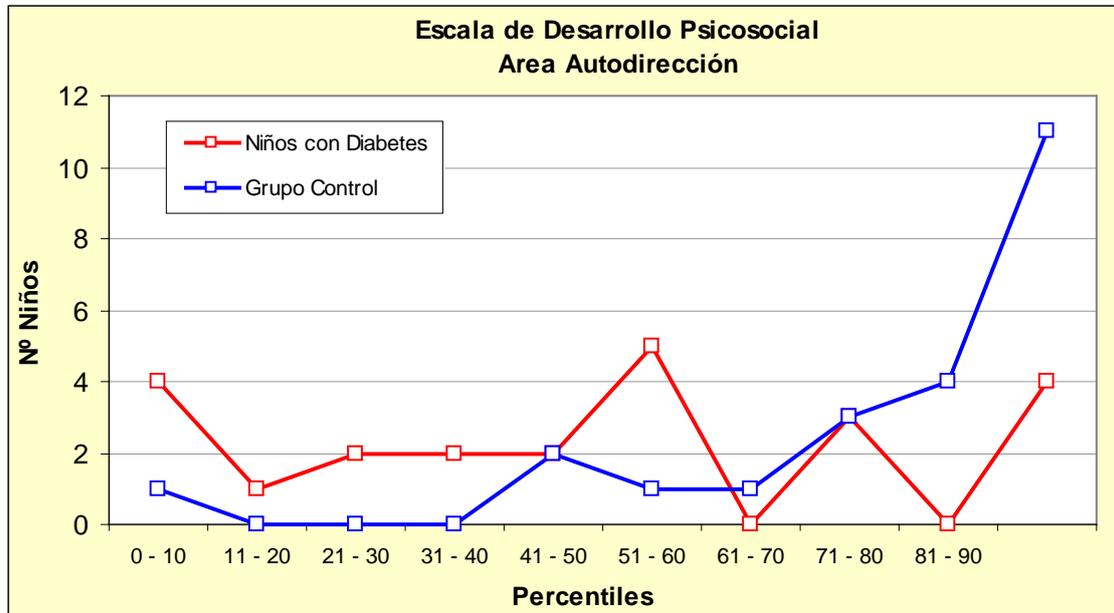
Gráfico N° 1. Percentiles obtenidos por los niños diabéticos y niños sin diabetes en la Escala Total de desarrollo Psicosocial.



El 60,8% de los niños diabéticos se ubicó bajo el percentil 50 en cambio el grupo de niños sin diabetes presentaron 17,3% de sujetos con este rendimiento. El grupo de niños diabéticos presenta un 13% que se ubica en el 25% de rendimiento superior en relación a su grupo de edad nivel socioeconómico, en el caso de niños sin diabetes el 52,1%.

b) Subescala de Autodirección

Gráfico N° 2. Percentiles obtenidos por los niños diabéticos y niños sin diabetes en la Subescala de autodirección.

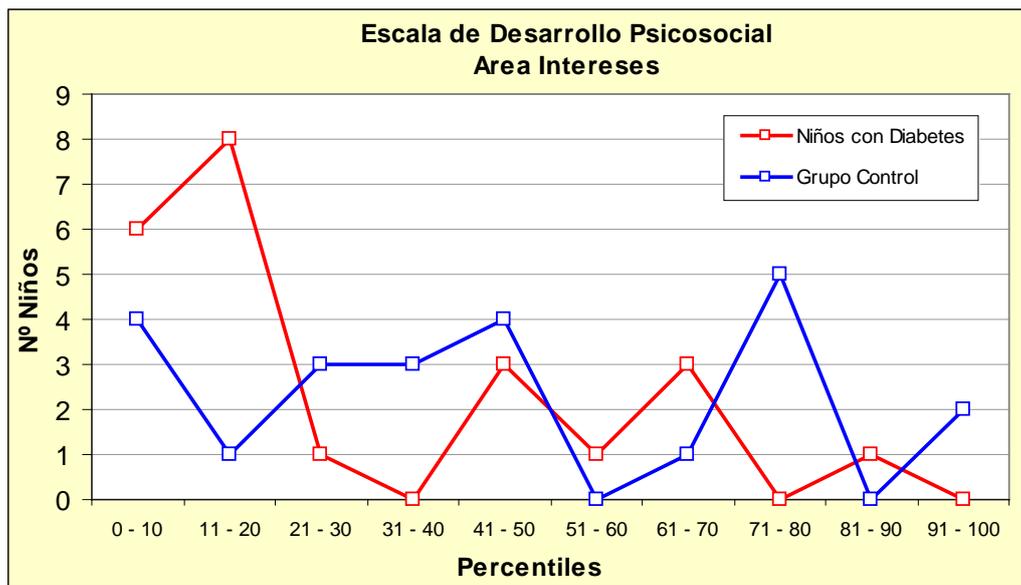


Se observa en el gráfico N° 2 que el grupo de niños sin diabetes se ubica con mayor frecuencia en percentiles altos, indicador de un alto desarrollo de la autonomía en relación a su grupo de edad y nivel socioeconómico. El grupo de niños diabéticos presenta cuatro sujetos con un rendimiento superior en el desarrollo de la autonomía, sin embargo, el 47,8% de la muestra se ubica bajo el percentil 50.

c) Subescala de Interés

La subescala de interés mide la apertura intelectual que presenta el niño por diversos aspectos de su entorno (noticias, libros, etc.).

Gráfico N° 3. Percentiles obtenidos por los niños diabéticos y niños sin diabetes en la Subescala de intereses.

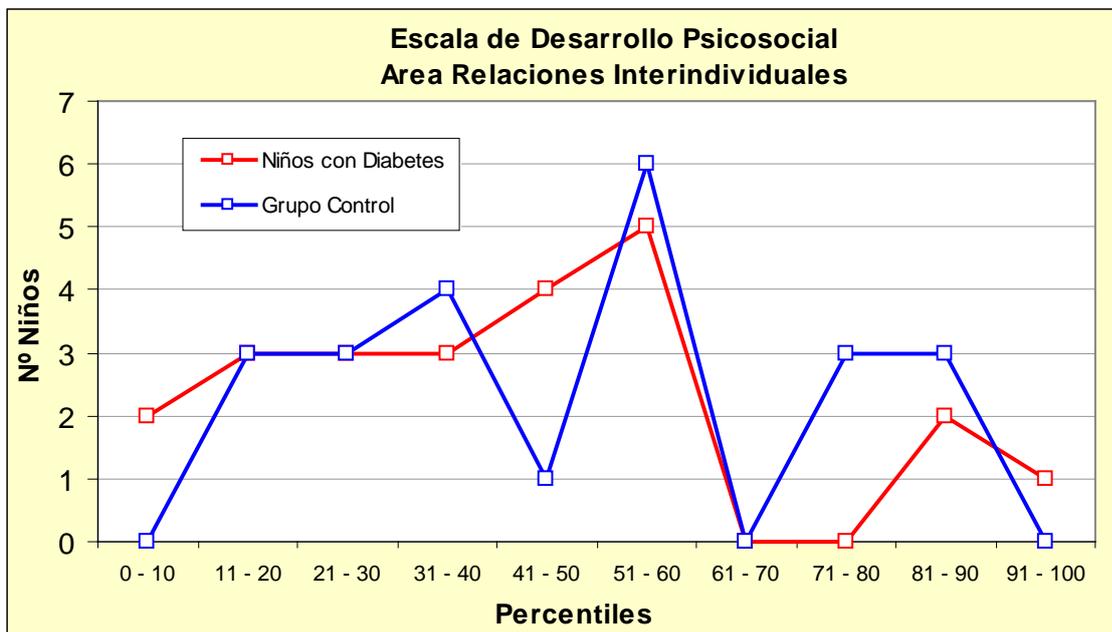


En el grupo de niños diabéticos el 60,9% de la muestra posee percentiles que se ubican en un 25% de rendimiento inferior en relación a su grupo de edad y nivel socioeconómico, en los niños sin diabetes hay un 21,7% de sujetos en rendimiento inferior. Observándose sobre el percentil 50 una frecuencia de 5 niños diabéticos y 8 niños del grupo control.

d) Subescala de Relaciones Interindividuales

La subescala de relaciones interindividuales mide la comprensión de diversas situaciones sociales considerando la apertura social que presenta el niño para establecer relaciones con otros, Zazzo y Hurtig lo califican como Inteligencia Social.

Gráfico N° 4. Percentiles obtenidos por los niños diabéticos y niños sin diabetes en la Subescala de Relaciones Interindividuales.



Se puede observar en el gráfico N° 4 que el 34,7% de los niños diabéticos se ubica sobre el percentil 50. En los niños sin diabetes se aprecia un 52,1% con características similares. Respecto a los sujetos que se ubican en un 25% de rendimiento superior en relación a su grupo de edad y nivel socioeconómico, el grupo de niños sin diabetes y el grupo de niños diabéticos presenta un 13% de sujetos con un desarrollo superior.

La **comparación entre grupos** se realizó con la prueba de Mann y Whitney, con un nivel de significancia de 0,05 contrastando hipótesis de una cola.

De acuerdo al valor obtenido en la prueba de Mann y Whitney existe suficiente evidencia muestral para señalar que los niños con diabetes presentan un menor desarrollo psicosocial que los niños sin diabetes ($p= 0,000$) ($Z= -3,672$).

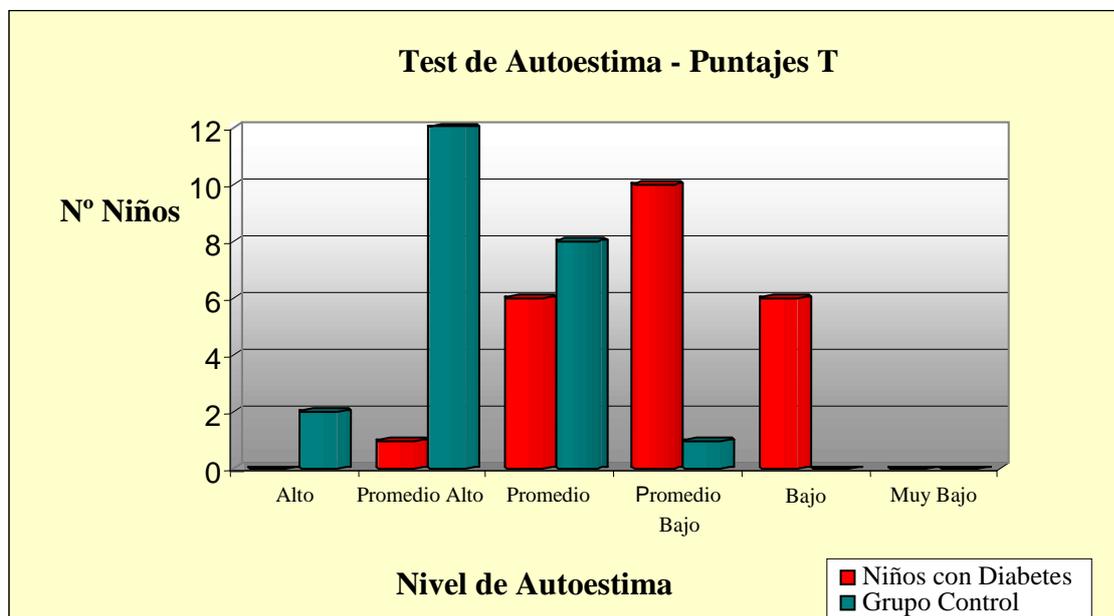
Al considerar los resultados obtenidos en las subpruebas se aprecia que los niños diabéticos presentan un menor desarrollo de autonomía ($p= 0,002$) ($Z=-3,110$) y adaptación social ($p=0,031$) ($Z=-2,160$) que el grupo de niños sin diabetes.

En el área de las relaciones interindividuales en donde los comportamientos dan cuenta de la apertura social del niño a las relaciones con otros, no hay evidencia muestral para pensar que los niños insulino dependientes presentan un menor desarrollo en esta área que los niños sin diabetes ($p=0,256$) ($Z=-1,137$).

4.1.2. Autoestima:

Se observa en el gráfico N° 5 una agrupación de niños diabéticos más frecuente en rangos de puntajes bajos.

Gráfico N° 5 Puntajes obtenidos por los niños diabéticos y sin diabetes en la Prueba de Piers-Harris - Puntajes T



En los niños diabéticos el 26,1% de la muestra se ubica en la categoría de baja autoestima y un 43,5% en la categoría promedio bajo. Observándose un 30,4% de sujetos con una

autoestima promedio y superior a esta. En el grupo control se aprecia que el 60,9% de los niños presentó puntajes que son superiores al promedio (indicadores de una alta autoestima).

Para **comparar el grupo de niños diabéticos y el grupo de niños sin diabetes** se utilizó la prueba estadística de diferencia de medias con un nivel de significación de 0,05.

Se obtuvo un valor T de -7.293 con un probabilidad de 0,000 para una hipótesis de una cola lo que indica que hay suficiente evidencia muestral para señalar que los niños diabéticos presentan en promedio, menor nivel de autoestima que los niños sin diabetes.

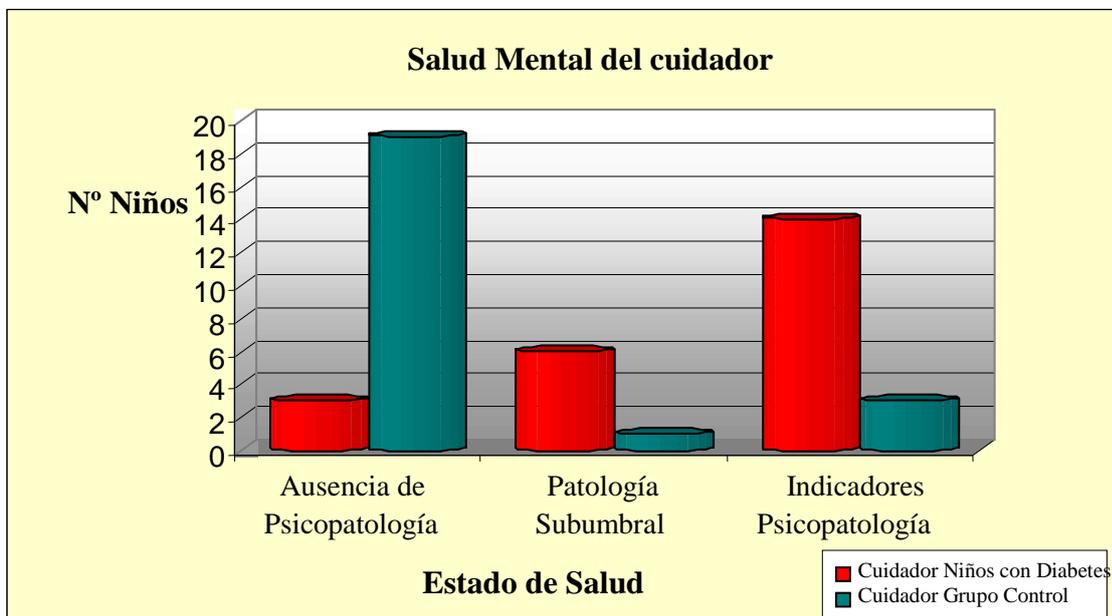
Para complementar la información se aprecia en la matriz de correlaciones (Tabla N° 2) que la autoestima en niños diabéticos presenta una asociación muy significativa con la salud mental del cuidador del niño (-0,607**) y con la percepción del funcionamiento familiar que presenta el cuidador (0,690**) y el escolar (0,830**). De la misma manera, presenta una correlación inversa moderada, pero significativa con la percepción del niño de ser criticado por su cuidador (-0,427*) y con la evaluación que realiza el cuidador de ser crítico con el niño (-0,442*).

4.2. Factores Familiares:

4.2.1. Salud Mental del cuidador

Se puede observar en el gráfico N° 6 que un 60,9% de los cuidadores de niños diabéticos obtuvieron en la prueba de Goldberg puntajes superiores a 7 puntos, los cuales reflejan malestar emocional o indicadores de dificultades de salud mental.

Gráfico N° 6. Estado de salud Mental del cuidador principal del niño
Según Cuestionario de Salud de Goldberg



En los cuidadores de niños sin diabetes el 82,6% del grupo presenta puntajes inferiores a 4 puntos, los cuales son calificados como “ausencia de psicopatología”, es decir no presentan indicadores aparentes, de sintomatología emocional. En el grupo de cuidadores de niños diabéticos hay un 13% que caen dentro de esta categoría.

Para comparar ambos grupos se utilizó la prueba Chi cuadrado, esta se invalidó estadísticamente, por esto la comparación fue obtenida a través del test de Fisher con una significancia de 0,05. Esta prueba exige trabajar con dos categorías, surgiendo la dificultad de

que el cuestionario de Salud de Goldberg clasifica los resultados en tres categorías (“Ausencia de Psicopatología”, “Psicopatología Subumbral” y “Indicadores de Psicopatología”).

En función de poder trabajar con el test de Fisher y considerando aspectos teóricos se determinó dos categorías: 1) “Ausencia de Psicopatología” a la cual se le sumó la categoría “Psicopatología Subumbral”; 2) “Indicadores de Psicopatología”.

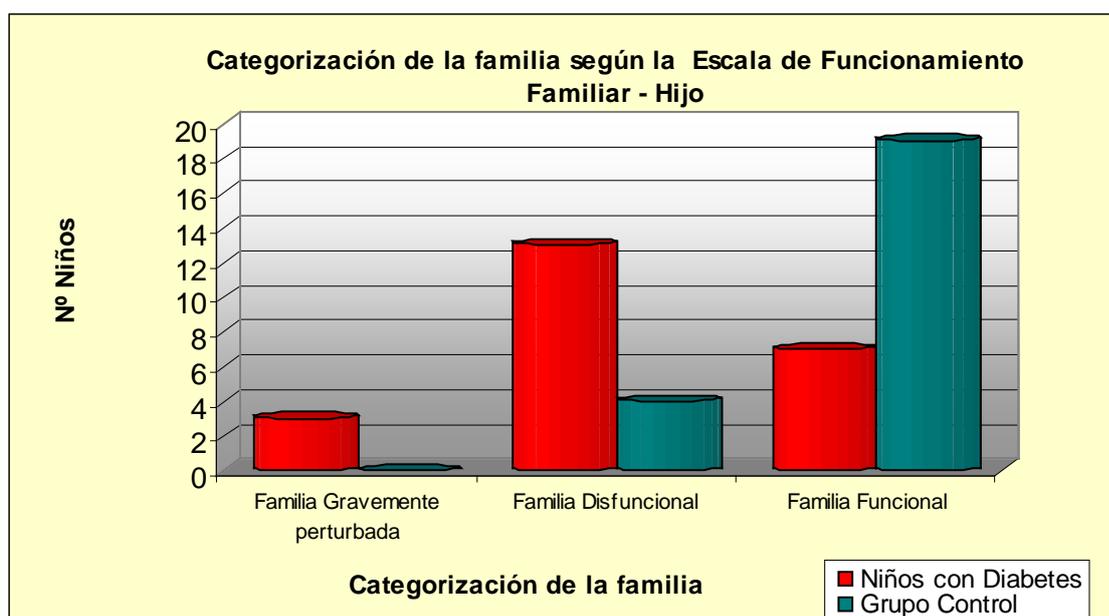
Al contrastar la hipótesis de una cola se obtuvo un valor- $p = 0,001$ menor a un $\alpha = 0,05$ definido previamente, por lo que existe suficiente evidencia muestral para señalar que los cuidadores de niños con diabetes tienen más dificultades de salud mental en comparación a los cuidadores de niños del grupo control.

Es interesante agregar que al realizar una matriz de correlaciones, se observó que la salud mental del cuidador del niño diabético se encuentra asociada en forma muy significativa a la autoestima que el niño presenta (-0,607**), a la satisfacción con el funcionamiento familiar que posee el cuidador (-0,762**) y el niño (-0,737**), a la percepción que tiene el escolar de ser criticado por su cuidador (0,528**).

4.2.2. Funcionamiento Familiar

Cuando consideramos la satisfacción con el funcionamiento familiar que presentan **los niños**, es posible apreciar que el 56,5% de los escolares diabéticos perciben a sus familias como disfuncionales y que el 13% de estos la evalúa gravemente perturbada. (Gráfico N° 7)

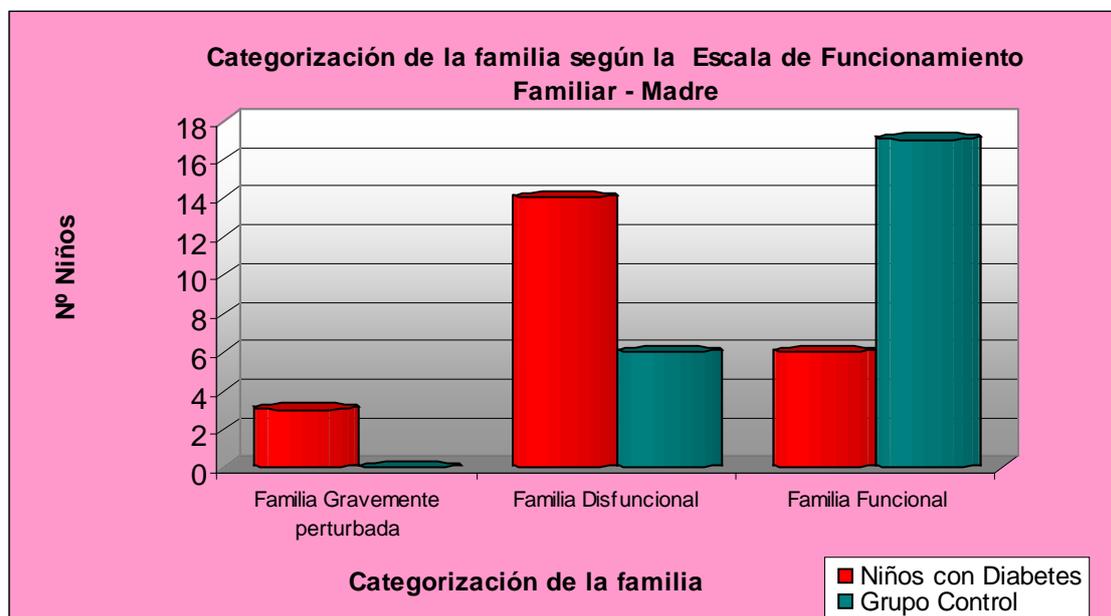
Gráfico N° 7. Categorización de la familia según APGAR Familiar de Smilkstein según las respuestas dadas por el **niño**



El 30,4% de los niños insulino dependientes percibe su grupo familiar en forma satisfactoria (funcional). El grupo de niños sin diabetes califica su familia como funcional en un 82,5% y un 17,4% se encuentra insatisfecho con su vida familiar.

En los **cuidadores de niños diabéticos** se aprecian similitudes a lo observado en niños insulino dependientes, pues una alta frecuencia de sujetos se encuentra insatisfecho con el funcionamiento de su familia (Ver gráfico N° 8).

Gráfico N° 8. Categorización de la familia según APGAR Familiar de Smilkstein según las respuestas dadas por el **cuidador principal** del niño



El 73,9% de los cuidadores de niños diabéticos evalúa el funcionamiento familiar como insatisfactorio (Familia disfuncional y gravemente perturbada), con un 26,1% de sujetos que perciben su familia como funcional. En el grupo de cuidadores de escolares sin diabetes un 26,1% señala su familia como disfuncional

La **comparación entre grupos** se realizó a través de la prueba Chi cuadrado. Por razones estadísticas esta prueba se invalidó, siendo necesario aplicar el test exacto de Fisher con una significancia de 0,05. Debido a la necesidad de contar con dos categorías y no tres, dadas las exigencias de la prueba estadística, se consideró aspectos teóricos dejando dos categorías: 1) “Familia Funcional” y por otra parte 2) “Familia disfuncional” a la cual se le sumó “Familia gravemente perturbada”

En los **niños** al contrastar la hipótesis de una cola, se observa un valor- $p = 0,000$ menor a un $\alpha 0,05$ definido previamente, por lo que existe suficiente evidencia muestral para pensar que los niños con diabetes perciben sus familias más disfuncionales que los niños del grupo control.

En los **cuidadores** el test de Fisher arrojó un valor- $p = 0,001$, lo que indica evidencia

muestral para señalar que los cuidadores de niños diabéticos perciben más disfuncionales a sus familias, que los cuidadores del grupo control.

Por lo tanto, es posible señalar que los niños diabéticos y sus cuidadores perciben sus familias más disfuncionales que los sujetos del grupo control.

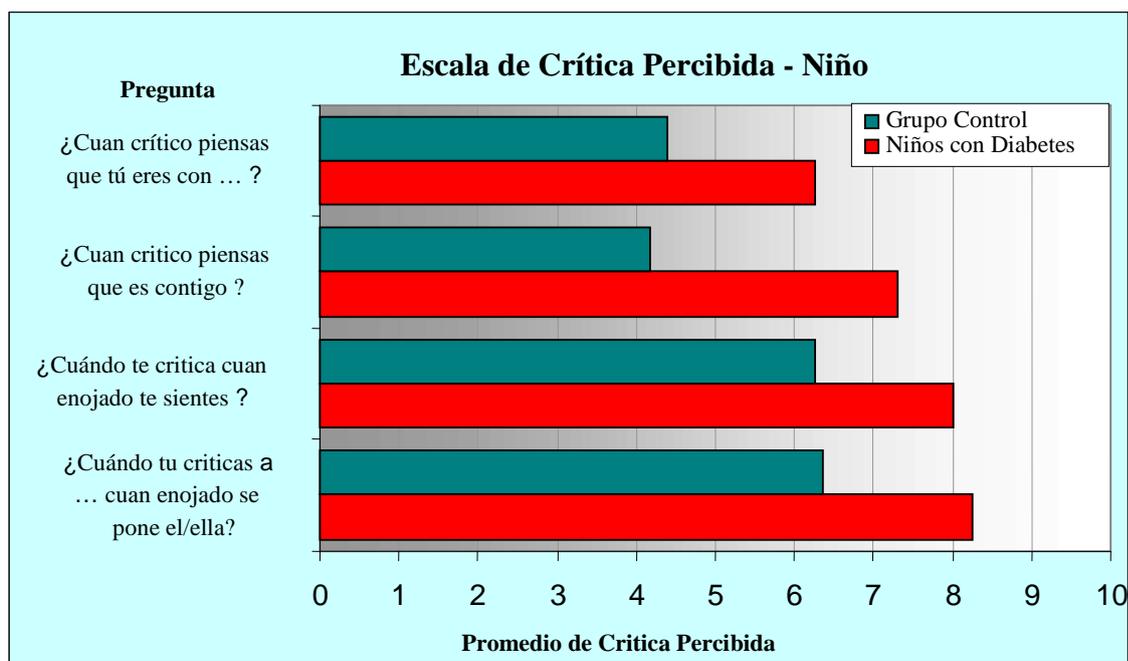
Es interesante agregar que al observar la tabla N° 2 se aprecia que la percepción que presenta el niño diabético del funcionamiento familiar se asocia en forma muy significativa a autoestima (0,830**) a la salud mental del cuidador (-0,737**) y a la percepción del niño de ser criticado (-0,638**).

4.2.2. Criticismo

Para una mejor comprensión de los resultados obtenidos cada pregunta se presenta en forma separada.

Al considerar las respuestas dadas por **los niños** es posible señalar que en forma descriptiva, el grupo de niños diabéticos presenta promedios más altos en las cuatro preguntas de la prueba. Siendo importante recordar que cuando los puntajes son más altos denotan mayores niveles de criticismo.

Gráfico N° 9. Promedio de severidad de crítica por repuesta en el PCS según la percepción del niño



En el gráfico N° 9 se puede observar los promedios obtenidos por los niños diabéticos y sin diabetes en cada una de las preguntas de la escala de criticismo. El promedio más alto en el grupo de niños diabéticos se aprecia en la pregunta referida al enojo que perciben en los cuidadores frente a la crítica.

En la pregunta ¿Cuan crítico piensas que tú eres con...? que evalúa severidad de crítica emitida hacia otro, los niños diabéticos presentan un promedio de 6.3 puntos (DS=2,5) de severidad de crítica hacia su cuidador principal y los niños del grupo control 4.4. (DS=2.2).

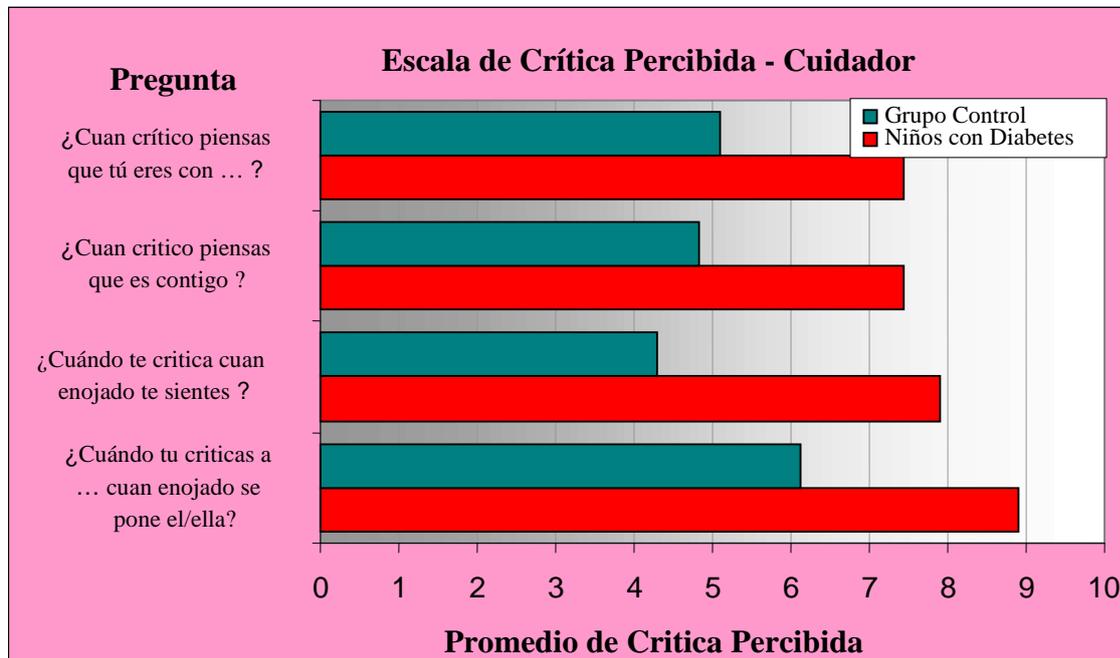
En relación a la segunda pregunta ¿Cuan crítico piensas que es contigo...? Que mide la percepción del niño de ser criticado por el cuidador principal, los niños diabéticos presentan un promedio de 7.3 puntos (DS=2.1) y el grupo control de 4.2 puntos (DS=2.2).

En cuanto a la tensión que genera en el niño las críticas que son emitidas por el cuidador (¿Cuándo te critica cuan enojado te sientes?) los niños del grupo control presentan un promedio en sus respuestas de 6.3 puntos (DS=2.5) y los niños diabéticos de 8.0 puntos (DS=1.9).

La pregunta ¿Cuándo tu criticas a...cuan enojado se pone ella? mide en esta investigación la percepción de tensión en el cuidador cuando es criticado por el niño, desde la perspectiva de este último. Los niños diabéticos califican el enojo de sus cuidadores, con un promedio de 8.3 puntos (DS=1.9) y el grupo de niños sin diabetes en 6.3 puntos (DS=2.8).

En los **cuidadores** se aprecia descriptivamente promedios más altos en todas las preguntas de la escala de criticismo, en forma coincidente a lo observado en el grupo de niños (Gráfico N° 10).

Gráfico N° 10. Promedio de severidad de crítica por repuesta en el PCS según la percepción del cuidador principal



Llama la atención que en ambos grupos (cuidadores de niños diabéticos y sin diabetes) los promedios más altos se ubican en la última pregunta, referida al enojo que percibe el cuidador en el niño cuando lo critica.

En los cuidadores se puede observar que la severidad de la crítica de estos hacia los niños (¿Cuan crítico tu eres con...?) presenta en los cuidadores de niños diabéticos un promedio de 7.4 (DS=1.9) y en los cuidadores de niños sin diabetes un promedio de 5.1 (DS=1.9).

En cuanto a la percepción de ser criticado por el niño (¿Cuan crítico piensas que es contigo...?) Los cuidadores de niños diabéticos presentan un promedio de 7.4 puntos (DS=2.2) y los cuidadores de niños sin diabetes un promedio de 4.8 puntos (DS=2.8).

La tercera pregunta que mide los niveles de tensión que genera la crítica del niño en el cuidador (¿Cuándo...te critica cuan enojado te sientes?) presenta un promedio de 7.9 (DS=2.0) en los cuidadores de niños diabéticos y de 4.3 (DS=2.9) en el grupo control.

En cuanto a la tensión que genera la crítica emitida por el cuidador en el niño, desde la percepción del primero (¿Cuando tu criticas a...cuan enojado se pone el/ella?) se aprecia en el grupo de cuidadores de niños diabéticos un promedio de 8.9 (DS=1.4) indicador de un alto nivel de enojo en los niños, desde la perspectiva del cuidador. En el grupo control el promedio fue de 6.1 (DS=3.1).

Para **comparar los grupos** se utilizó la prueba de Mann y Whitney con una significancia de 0,05.

Según los resultados obtenidos los **niños diabéticos** presentan mayor severidad en la crítica realizada hacia su cuidador principal que los niños sin diabetes ($p=0,015$) ($Z= -2,421$) y se perciben más criticados por su cuidador en relación a los niños del grupo control ($p=0,000$) ($Z= -4,106$). Además presentan mayores niveles de enojo frente a la crítica emitida por su cuidador ($p=0,019$) ($Z= -2,350$) y perciben mayores niveles de enojo en sus cuidadores frente a críticas realizadas por ellos ($p=0,016$) ($Z=-2,400$).

Por lo tanto, existe suficiente evidencia muestral para pensar que los niños con diabetes tienen un mayor nivel de criticismo en comparación a los niños del grupo control.

En los cuidadores y de acuerdo al valor obtenido en la prueba de Mann y Whitney se puede señalar que existe suficiente evidencia muestral para señalar que los cuidadores de niños con diabetes se perciben como más críticos ($p=0,000$) ($Z=-3,520$) y como más criticados por los niños que cuidan, que los cuidadores del grupo control ($p=0,002$) ($Z=-3,062$). Además los cuidadores de niños diabéticos presentan mayores niveles de enojo cuando son criticados ($p=0,000$) ($Z=-3,915$) y perciben como más enojados a los niños frente a comentarios críticos, realizados por ellos ($p=0,001$) ($Z=-3,305$).

Considerando los resultados antes expuestos, existe suficiente evidencia muestral para pensar que los cuidadores de niños con diabetes tienen un mayor nivel de criticismo, en comparación a los cuidadores de niños del grupo control.

Es interesante agregar que al realizar una matriz de correlaciones (Tabla N° 2) se observa que la percepción del niño diabético de ser criticado se correlaciona en forma muy significativa con la salud mental del cuidador (0,528**), la satisfacción que presenta el niño (-0,618**) y

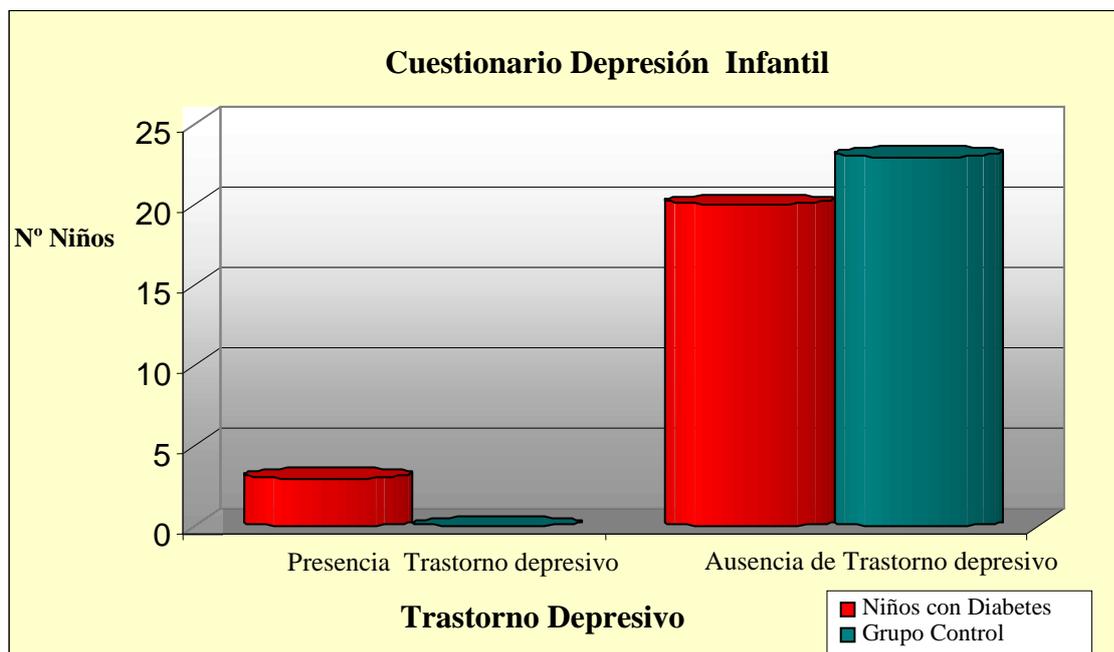
el cuidador (-0,588**) con el funcionamiento familiar y la percepción que presenta el cuidador de ser crítico con el niño (0,628**). Asociándose en forma significativa con autoestima (-0,427*).

4.3. Salud mental:

4.3.1. Depresión

Al considerar el puntaje de corte de 18 puntos como indicador de sospecha de trastorno depresivo se aprecia descriptivamente que hay un 13% de niños diabéticos que cumplen con el criterio establecido, en el grupo control no hay sujetos que caigan en esta categoría. Esto se puede observar en el gráfico N° 11

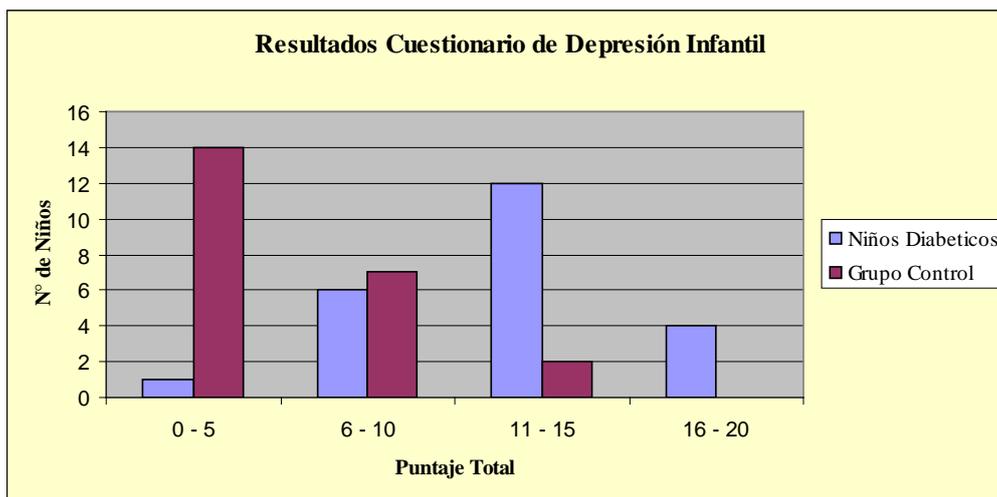
Gráfico N° 11. Resultados Cuestionario de Depresión Infantil en niños diabéticos y sin diabetes, con puntaje de corte 18



Cuando observamos descriptivamente los puntajes obtenidos por ambos grupos sin establecer un puntaje de corte (Ver Gráfico N° 12) puede apreciarse que los niños diabéticos presentan una mayor frecuencia de sujetos en puntajes más altos que los niños del grupo control. Es

importante señalar que mientras más elevado es el puntaje en el cuestionario de depresión infantil, hay mayor sintomatología depresiva en el niño.

Gráfico N° 12. Resultados Cuestionario de Depresión Infantil en niños diabéticos y sin diabetes.



Para **comparar la presencia de trastorno depresivo** entre ambos grupos se utilizó en una primera instancia la prueba Chi cuadrado, como esta prueba se invalidó los resultados se obtuvieron a través del test exacto de Fisher, con una significancia de 0,05.

Al contrastar la hipótesis de una cola se obtuvo un valor-p = 0,117 mayor a un α 0,05 definido previamente, por lo que no existe suficiente evidencia muestral para pensar que los niños con diabetes tienen mayor presencia de Trastorno depresivo que los niños del grupo control, según la definición operacional utilizada en esta investigación (puntaje igual o superior a 18 puntos en el cuestionario de depresión infantil).

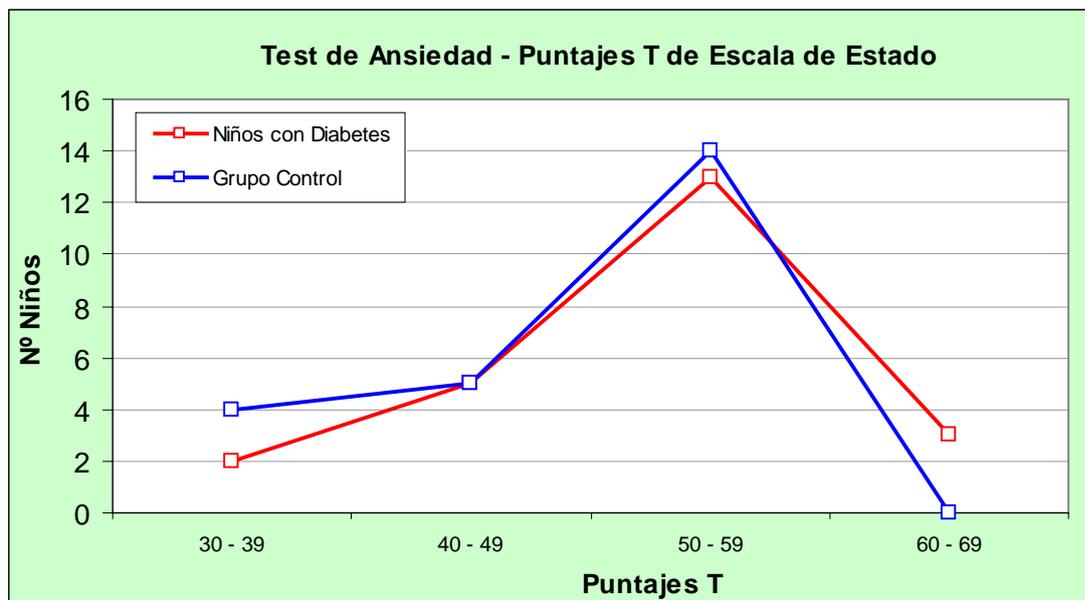
Es interesante agregar que cuando aplicamos la prueba de diferencia de medias, con la finalidad de observar si el nivel de sintomatología depresiva presenta diferencia entre ambos grupos, se obtiene un valor T de 6,441 con un probabilidad de 0,000 para hipótesis de una cola, lo que indica que hay suficiente evidencia muestral para señalar que los niños diabéticos presentan en promedio, más sintomatología depresiva que los niños sin diabetes.

4.3.2. Ansiedad

Para una mejor comprensión se presentan en forma separada los resultados para ansiedad estado y rasgo.

A nivel descriptivo en **Ansiedad Estado** se observó una alta frecuencia de sujetos de ambos grupos que se ubicó en puntajes cercanos al promedio (78.2% de niños con diabetes y 82,6% del grupo control).

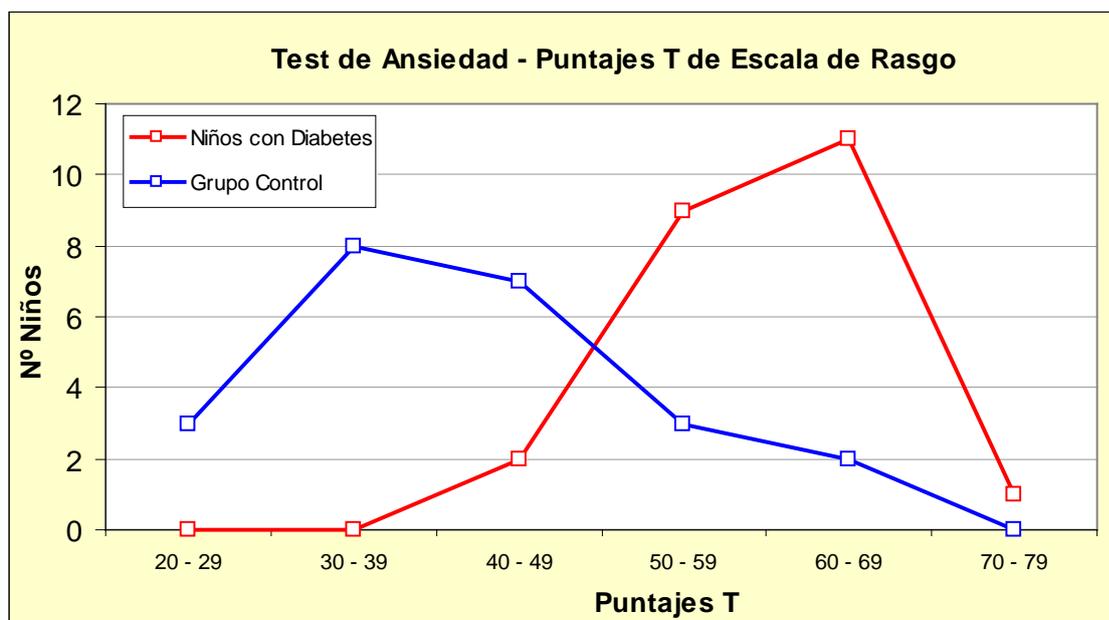
Gráfico N° 13. Puntajes obtenidos por los niños diabéticos y sin diabetes en la Prueba STAIC - Puntajes T- Escala Ansiedad Estado



En el gráfico N° 13 se aprecia un 13% de niños insulino dependientes con puntajes T sobre 60 puntos, en cambio los niños del grupo control presentan puntajes que se distribuyen bajo un T de 59. Es importante señalar que a medida que el puntaje T es más alto los niveles de ansiedad transitoria exhibidos son más elevados.

En el caso de **Ansiedad Rasgo** los niños diabéticos se ubican con mayor frecuencia en puntajes altos (Ver gráfico N° 14).

Gráfico N° 14. Puntajes obtenidos por los niños diabéticos y sin diabetes en la Prueba STAIC - Puntajes T- Escala Ansiedad Rasgo



En el gráfico se aprecia en que el 52,1% de la muestra de niños diabéticos obtuvo puntajes T superiores a 1 DS del promedio ($T > 60$). Los niños sin diabetes se ubican con mayor frecuencia en rangos de puntaje inferiores, indicadores de una baja predisposición a experimentar ansiedad en forma relativamente estable. Este grupo presenta en un 47,8% puntajes inferiores a un T de 39 y solamente un 8,7% de los sujetos sin diabetes presenta puntajes sobre un T de 60.

Para **comparar los grupos** se utilizó la prueba estadística de diferencia de medias con una significancia del 0,05. Obteniéndose para **Ansiedad Estado** un valor de T de 1,706 con un probabilidad de 0,047 para una hipótesis de una cola. Por lo que existe suficiente evidencia muestral, para pensar que los niños con diabetes tienen en promedio más sintomatología ansiosa (ansiedad estado) que los niños del grupo control. Sin embargo, es importante señalar que con una significancia menor que 5%, no se hubiese rechazado la hipótesis nula (por ejemplo $\alpha = 0,01$).

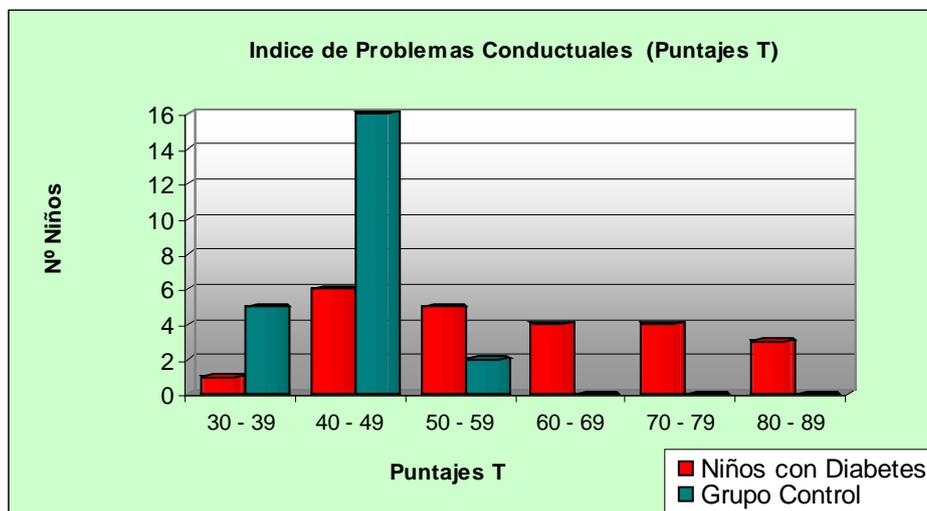
En el caso de **Ansiedad Rasgo** se obtuvo un valor de T de 6,957 con un probabilidad de 0,000 para una hipótesis de una cola. Es decir, la evidencia encontrada en esta investigación señala que los niños con diabetes tienen en promedio más sintomatología ansiosa (ansiedad rasgo) que los niños sin diabetes.

4.3.3. Problemas Conductuales

Para complementar la información se consideró la percepción del cuidador respecto la salud mental del niño.

Al observar descriptivamente los puntajes obtenidos por ambos grupos en la escala Total de problemas conductuales se puede apreciar que el grupo de niños sin diabetes se ubica frecuentemente en puntajes inferiores a un T de 59, encontrándose la totalidad de los sujetos de ese grupo bajo este rango (Ver gráfico N° 15).

Gráfico N° 15. Puntajes obtenidos por los niños diabéticos y sin diabetes en el Test de Achenbach - Índice de Problemas Conductuales



Los niños diabéticos presentan un 30,4% de la muestra con puntajes T superiores a 70, indicador de alta presencia de problemas conductuales y emocionales, en cambio los niños sin diabetes no presentan sujetos con puntajes altos.

Para **comparar los grupos** de niños diabéticos y sin diabetes se consideró en una primera instancia los resultados de la escala total (índice de problemas conductuales). Empleando para estos propósitos dos pruebas estadísticas, por una parte diferencia de medias y por otro la prueba Chi cuadrado, ambas con un nivel de significancia de 0,05.

Se decidió incluir la prueba de Chi cuadrado debido a la posibilidad de utilizar el criterio cualitativo de “Alta presencia de problemas conductuales” ($T \geq 70$). El criterio arbitrario se estableció considerando las especificaciones de la prueba, en donde se señala que dos DS sobre el promedio son considerados puntajes altos (Montenegro, et al., 1983).

Al comparar el promedio de problemas conductuales de ambos grupos (niños diabéticos y sin diabetes) se obtuvo un valor de T de 5,366 con un probabilidad de 0,000 para una hipótesis de una cola. Por lo que existe suficiente evidencia muestral para pensar que los niños con diabetes tienen en promedio, mayor nivel de problemas conductuales que los niños del grupo control.

Al utilizar la prueba Chi cuadrado para comparar ambos grupos se obtuvo un valor $p=0,005$. Es decir, los datos indican que los niños con diabetes tienen más problemas conductuales (en un rango clínico) que los niños del grupo control.

Cuando consideramos los sujetos que presentan puntajes altos ($T=70$) en **las categorías de problemas conductuales** (subescalas), los datos arrojaron diferencias significativas solo entre mujeres diabéticas y las del grupo control. Observándose que no hay diferencias significativas entre los hombres de la muestra (con diabetes y sin diabetes).

Para comparar los grupos en cada una de las subcategorías se utilizó la prueba Chi cuadrado y el test de Fisher con una significancia de 0,05. Las niñas diabéticas presentan más problemas conductuales en rango clínico que se encuentran en la línea de tipo internalizante, pues se encontraron diferencias significativas en las subescalas de Ansiedad-Depresión ($p=0,02$), Confusión-Retrainimiento ($p = 0,001$) y Quejas Somáticas ($p = 0,021$) en relación a las niñas sin diabetes (Anexo N° 4).

En los hombres los resultados obtenidos indican que al comparar las nueve categorías de problemas conductuales (considerando los sujetos con puntajes altos) no se observan

diferencias estadísticamente significativas entre grupo control y con diabetes (Anexo N° 4). Si bien, en forma descriptiva se podía apreciar hombres diabéticos que presentan puntajes altos en seis de las categorías (Anexo N° 4), al ser comparados con los niños sin diabetes no se encontró evidencia muestral que avale diferencias entre ambos grupos, probablemente debido el tamaño de la muestra.

Tabla N° 1 “Resumen de resultados obtenidos en las comparaciones entre niños diabéticos y sin diabetes”

	Resultado
Factores Psicológicos	
Desarrollo Psicosocial (Escala Total)	Z= -3,672 P=0,000 *a
Subescala de Desarrollo psicosocial Autodirección	Z=-3,110 P=0,002 *a
Subescala de Desarrollo psicosocial Interés	Z= -2,160 P=0,031 *a
Subescala de Desarrollo psicosocial Relaciones Interindividuales	Z= -1,137 P=0,256 a
Autoestima	T= -7,293 P=0,000 * b
Factores Familiares	
Salud mental del cuidador	P=0,001 *c
Funcionamiento Familiar desde la percepción del niño	P=0,000 *c
Funcionamiento Familiar desde la percepción del cuidador	P=0,001 *c
Criticismo Niño	
Preg. 1. Severidad en la expresión de crítica del niño hacia el cuidador	Z= -2,421 P=0,015 *a
Preg. 2. Percepción del niño de la severidad con que es criticado por el cuidador.	Z=-4,106 P= 0,000 *a
Preg 3. Enojo del niño frente a la crítica del cuidador	Z=-2,350 P=0,019 *a
Preg. 4. Percepción del niño del enojo del cuidador, cuando el niño emite comentarios críticos hacia él	Z=-2,400 P=0,016 *a
Criticismo Cuidador	
Preg. 1. Severidad en la expresión de crítica del cuidador hacia el niño	Z=-3,520 P=0,0000 *a
Preg. 2. Percepción del cuidador de la severidad con que es criticado por el niño.	Z= -3,062 P= 0,002 *a
Preg 3. Enojo del cuidador frente a la crítica del niño.	Z= -3,915 P= 0,001 *a
Preg. 4. Percepción del cuidador del enojo del niño, cuando el cuidador emite comentarios críticos hacia él	Z= -3,305 P= 0,001 *a
Salud mental	
Trastorno Depresivo	P=0,117 c
Sintomatología Depresiva	T= 6,441 P=0,0000 *b
Sintomatología Ansiosa como Estado	T=1,706 P=0,047 *b
Sintomatología Ansiosa como Rasgo	T=6,957 P=0,000 *b
Índice de Problemas conductuales (Escala Total)	T=5,366 P=0,000 *b

*Diferencia significativa

a. Prueba de Mann y Whitney; b. Prueba de diferencia de medias; c. Test de Fisher

V. Discusión de los resultados

El modelo biopsicosocial conceptualiza la enfermedad como una experiencia humana, donde el niño que vive con diabetes presenta el impacto de la dolencia en sus procesos biológicos y en su experiencia vital, interactuando con su desarrollo emocional y social. Desde esta mirada comprensiva, el propósito general de esta investigación fue contribuir al conocimiento de la salud mental, factores psicológicos y familiares de los niños diabéticos, considerando individuos que se encuentran en la etapa de la niñez tardía (entre 8 y 12 años) y que viven en la V Región.

El vivir con una enfermedad crónica como la diabetes conlleva el asumir cambios en el estilo de vida del niño y su familia, los cuales se ven enmarcados en un período evolutivo. En función de cuidar al niño diabético hay familias que fracasan en promover el desarrollo de sus miembros, debido a que generan restricciones en áreas que no se encuentran comprometidas con la enfermedad (Herscovici, 2002).

Como **primera hipótesis** de esta investigación se planteó que los niños diabéticos presentan un desarrollo psicosocial menor a los niños sin diabetes. Los datos permiten mantener la hipótesis, pues se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos al considerar la escala total de desarrollo psicosocial.

Se encontraron diferencias significativas en el área de autonomía y adaptación social, pero no en inteligencia social (desarrollo de relaciones interindividuales) entre niños diabéticos y sin diabetes.

La **autonomía** requiere que el niño pueda desenvolverse progresivamente con mayor independencia de los padres, en aspectos cotidianos y necesidades de la vida diaria (vestuario, sueño, trabajo escolar, desplazamientos, etc.). Al comparar ambos grupos, se observa en los niños diabéticos un menor desarrollo en esta área en comparación a niños sin diabetes.

Los resultados de esta investigación no coinciden con los de Schmidt (2007), quien encontró que las madres de niños diabéticos calificaban a sus hijos como independientes en sus cuidados. De la misma manera Grey (1995) al comparar los niveles de dependencia entre

niños con y sin diabetes, no encontró diferencias entre ambos después de dos años de diagnóstico.

Munguía (2005) propone que la diabetes es una enfermedad que fomenta la dependencia del niño con los adultos que lo rodean. La menor autonomía de los niños diabéticos podría explicarse por el temor de los padres al mal manejo de la enfermedad.

Considerando aspectos culturales de nuestro país es posible especular que el rol del cuidado de los niños y las tareas domésticas, aun se encuentran muy centradas en la mujer. Es así como la tarea de cuidar a un hijo enfermo, recae en principalmente en la madre, quien asume esta tarea sin delegar esta responsabilidad en otros miembros de la familia e incluso en el mismo niño. En un estudio realizado en Chile se observó que madres de niños insulino dependientes presentan cuidados hacia estos que muchas veces pueden resultar “excesivos” bañándolos e incluso durmiendo con ellos, en edades que se espera realicen estas tareas por sí solos (Bilbeny, Droguett & Droguett, 1994). Esto le otorga al niño la ganancia de tener cuidados privilegiados, pero lo vuelve más dependiente de los adultos.

Los niños diabéticos interactúan en un contexto en donde la familia y las exigencias médicas, refuerzan la importancia de otros en sus cuidados (Muñoz y Vargas, 2004).

Diversos autores proponen que en los cuidados de la diabetes durante la niñez habría un alto involucramiento de los adultos (Hood, 2006; Wiebe et al, 2005; Silverstein, Klingensmith, Copeland & Plotnick, 2005 ;Schilling , Knafl & Grey , 2006). Pues si bien, los menores pueden medirse, inyectarse y controlar sus glicemias, una alta autonomía se ha observado como un factor que perjudica el buen control de la enfermedad (Wysocki, Taylor, Hough, Linscheid, Yeates & Naglieri,1996), asociándose el desentendimiento de los padres a un pobre control metabólico (Palmer et al., 2004 en Wiebe et al., 2005).

La dificultad surge cuando el involucramiento de los padres en las tareas diarias del niño diabético entorpece su desarrollo y limitan áreas que no tienen relación con la enfermedad.

Un estudio realizado por De Dios et al. (2003) encontró que los adolescentes diabéticos rechazan la independencia de sus familias. Esto que puede parecer contradictorio se asocia a las demandas del tratamiento, donde el apoyo de los padres ayudaría a presentar un mayor bienestar emocional. Desde un punto de vista interaccional y considerando los aportes del

estudio antes citado, no solo serían los padres quienes limitarían la autonomía, sino que los niños diabéticos buscarían el apoyo de estos para diversas tareas. De Dios plantea que la meta sería conseguir la interdependencia, en donde el niño progresivamente logre desenvolverse sin constante supervisión, pero que sienta el respaldo de sus cuidadores.

Lo anterior adquiere mayor sentido al considerar la etapa de desarrollo en que se encuentran los niños de este estudio, pues en esta se considera fundamental el apoyo de adultos significativos en el tratamiento (Silverstein, Klingensmith, Copeland & Plotnick, 2005), pero que también ha sido calificada como importante para fomentar el aprendizaje y autocuidado del niño insulino dependiente, en progresiva autonomía (Grupo Diabetes SAMF y C, 2000).

Padres colaboradores en el cuidado del niño que brindan espacios para el crecimiento y responsabilidad en forma paulatina, presentarían una mejor adherencia a los tratamientos y un mayor bienestar emocional (Wiebe et al., 2005).

La **adaptación social** implica la integración del niño al grupo social en donde participe y se informe, abriéndose intelectualmente a nuevos conocimientos e intereses diversos, Zazzó y Hurtig mencionan esta área en su escala como desarrollo del interés. Los resultados de la investigación señalan que los niños diabéticos tendrían un menor desarrollo de la adaptación social en comparación a los niños sin diabetes.

Al analizar cualitativamente los ítemes de la prueba se observa que estos en su mayoría se encuentran destinados a explorar el interés del niño por la lectura y la vida social, presentando los niños diabéticos un menor desarrollo en esta área en comparación al grupo control.

Esto podría explicarse considerando lo planteado por Rossman (1991) y el modelo biopsicosocial. La familia devuelve una imagen al niño frente a la que este reacciona, encontrándose ambos en constante interacción. Es así como la familia al devolver una imagen al niño de mayor “necesidad de cuidados” o “vulnerabilidad”, este se vuelve más regresivo e infantilizado, coartando su apertura hacia el mundo externo, informándose e interesándose menos por aspectos que afectan al grupo social más amplio.

La **inteligencia social**, medida en la escala de Zazzó y Hurtig en el área de relaciones interindividuales se refiere a la comprensión del niño de situaciones sociales y a la apertura social, relacionándose con adultos y niños. Según los resultados obtenidos en la investigación no hay diferencias entre niños diabéticos y sin diabetes en esta área.

Los resultados encontrados coinciden con lo reportado por Moussa (et al., 2005) quien observó que niños diabéticos no presentaban diferencias con los niños sin diabetes, en el número de amigos cercanos y la frecuencia de reuniones con estos.

Esto podría explicarse considerando las características de la enfermedad, pues esta permite a los niños asistir al colegio y participar de distintas actividades sociales, presentando espacios de vinculación e interacción con otros que les permite adquirir conocimiento respecto a la vida social (por ejemplo: tener un comportamiento adecuado con personas que no conocen, emplear el usted cuando corresponde, etc.), relacionándose con adultos y pares.

Meijer et al. (2000) señala que niños con enfermedades crónicas que presentan restricciones físicas y la presencia de dolor tienen consecuencias en su participación e interacción en actividades sociales, observándose asociación entre competencia social y restricciones físicas. En el caso de la diabetes estas restricciones no se encontrarían presentes. Si bien, los niños pueden manifestar malestares, con el tratamiento adecuado su desenvolvimiento social no debería entorpecerse. Las restricciones en el caso de los niños diabéticos provienen principalmente del tratamiento diario y no del dolor o de impedimentos físicos.

Junto a lo anterior, es importante considerar que todos los niños estudiados pertenecen a la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile, institución que continuamente organiza campamentos y actividades recreacionales con la intención de que los niños interactúen y conozcan otros niños diabéticos. Estas actividades favorecen el estrechar lazos de amistad, así como participar en agrupaciones en donde hay una apertura a pares y personas adultas (monitores, educadores, médicos, enfermeras, etc.). Es posible que este agente social sea un factor protector para los niños diabéticos que a este pertenecen.

Considerando lo antes expuesto, es posible señalar que si bien los niños diabéticos presentan un menor desarrollo de la autonomía y del desarrollo de intereses, poseerían una apertura social y comprensión de las situaciones que involucran las relaciones con otros que no presenta diferencias con niños sin diabetes.

El niño diabético se encuentra inmerso en un grupo familiar y social donde se desarrollan interacciones recíprocas, es en este contexto donde al escolar se le devuelve una imagen, lo

que afecta la manera como se percibe a sí mismo y en su actuar, condicionando un proceso circular.

Como **segunda hipótesis** de investigación se estableció que los niños con diabetes presentan menores niveles de autoestima en comparación a niños sin diabetes. Los datos son congruentes con la hipótesis planteada, apreciándose diferencias significativas al considerar el promedio de ambos grupos. Estos hallazgos presentan coincidencias con investigaciones efectuadas en niños insulino dependientes (Martínez, et al. 2002, Valsamma, et al. 2006).

Schmidt (2003) en un estudio realizado en escolares diabéticos entre los 11 y 12 años, encontró que estos se sentían avergonzados por el hecho de tener la enfermedad.

Para Mrazec (en Rutter, 2004) una de las preocupaciones más frecuentes en niños con enfermedades crónicas es el ser físicamente distinto a los pares, relacionando esta preocupación con una autopercepción negativa y baja autoestima. En el caso de la diabetes, a pesar de ser una enfermedad “invisible” a los ojos de los demás, igualmente implicaría una condición que significa una corporalidad distinta (Muñoz y Vargas, 2004).

La evaluación que realiza el niño de sí mismo interactúa con lo que otros reflejan de él. La experiencia de enfermedad lleva al menor a vivir situaciones que los demás no experimentan como inyecciones, tomar pastillas, restricciones en la dieta, etc. (Muñoz y Vargas, 2004).

Estas vivencias significan que el cuerpo no funciona del todo bien, percepción que presenta una relación recíproca con la emoción y acción de otros significativos. Si los que rodean al niño le devuelven una imagen de debilidad corporal, el sujeto podría comenzar a reconocerse a sí mismo como un individuo que necesita cuidados.

En el contexto escolar el menor compara su desempeño con niños de su edad, quienes no tienen diabetes, donde puede aparecer el sentimiento de ser “diferente” (Muñoz y Vargas, 2004; Silverstein, Klingensmith, Copeland & Plotnick, 2005). Esto sumado a altos estándares de belleza y perfección del cuerpo que son publicitados por medios de comunicación masivos, puede llevar a muchos niños a dudar de sí mismos y de la aceptación que tendrán en otros. En especial cuando al comparar su desempeño y corporalidad con los demás se perciben disminuidos.

A pesar de lo anterior, los datos señalan un 30,4% de niños diabéticos que presentan un positivo autoconcepto de sí mismos. Esto nos indica que aún cuando la enfermedad se encuentra presente, la interacción entre distintos factores protectores y de riesgo (individual, familiar y social) puede resultar en diversas manifestaciones.

El estudio de Valsamma et al. (2006) encontró diferencias en los niveles de autoestima exhibidos por hombres y mujeres diabéticos, en esta investigación no se encontraron diferencias entre ambos géneros.

Es interesante agregar que la autoestima en el niño diabético se asoció a la salud mental del cuidador, funcionamiento familiar, percepción del niño de ser criticado y la percepción que presenta el cuidador de ser crítico con el niño.

Estos resultados llaman la atención respecto a la importancia del clima familiar en el autoconcepto del niño insulino dependiente así como en la relación que establece con su cuidador, en donde una dinámica familiar que presenta dificultades se asocia a un autoconcepto más deteriorado en el niño.

Por el contrario, un clima familiar funcional y contenedor favorecería en el niño diabético una autoestima positiva. Estos planteamientos presentan coincidencias con lo señalado por Anderson (2004) quien indica que a pesar de las dificultades que impone la enfermedad, esta puede ser una oportunidad para que los padres fomenten responsabilidades en sus hijos y los retroalimenten positivamente, ayudando a desarrollar en estos una favorable imagen de ellos mismos.

La **tercera hipótesis** plantea que los cuidadores de niños diabéticos presentan más dificultades de salud mental en comparación a los cuidadores de niños sin diabetes. Los resultados de esta investigación, son congruentes con la hipótesis planteada.

Al observar los resultados dados por los cuidadores de niños diabéticos llama la atención la alta frecuencia con que estos manifestaron malestar emocional (60,9%).

Los cuidadores de los niños diabéticos, considerados en esta investigación, fueron mujeres en todos los casos. Siendo la madre en el 95,2 % y en el 4,4% la abuela. Esto coincide con observaciones de estudios internacionales donde es la mujer quien generalmente asume el rol

de cuidar (García, 2000; Grupp-Phelan et al., 2007; Ortiz, Pinto & Sánchez, 2006; Santos et al., 2006).

A pesar de que esta investigación no exploró que patología se encontraba presente en los cuidadores, la presencia de indicadores de malestar emocional posee coincidencias con estudios internacionales.

Este es el caso de Santos et al (2006) en madres de niños diabéticos Brasileños, donde los resultados indicaron una alta presencia de psicopatología (trastornos ansiosos y del ánimo). De la misma manera, un estudio realizado en madres de niños insulino dependientes pequeños señaló que estas se encuentran en constante vigilancia y preocupación por sus hijos, lo que puede provocar dificultades emocionales o dolencias físicas (Sullivan-Bolyai et al., 2003).

Otra investigación que presenta resultados coincidentes con lo antes expuesto, es la realizada en madres de adolescentes diabéticos de Lituania. En este grupo se observó que las progenitoras presentaban mayor presencia de sintomatología depresiva en comparación al grupo control (Zilinskieni, Sinkariova y Perminas, 2007).

Kovacs et al. (1990) señala que la presencia de depresión en las madres aumentaría lentamente a medida que transcurre la diabetes, sin tener esto relación con las hospitalizaciones del niño o problemas de manejo de la enfermedad.

En un estudio realizado en padres de niños diabéticos se observó que los síntomas depresivos no presentaban diferencias significativas, al considerar distintos tipos de terapia para tratar la enfermedad. Así mismo, la sintomatología emocional de los progenitores no se asoció al ingreso económico de estos, al control metabólico del niño, la duración de la diabetes, ni a la edad del menor o la de su padre (Azar y Kankan, 1999).

El modelo biopsicosocial plantea que la enfermedad en el niño interactúa con las relaciones al interior del grupo familiar y la salud mental de estos, donde las respuestas de los miembros de la familia, influyen y se ven influenciadas por el funcionamiento del niño. Un buen tratamiento requiere de supervisión en el caso de los niños, pero paradójicamente esto se asocia a altos niveles de estrés en los cuidadores (Stallwood, 2005).

Frente a la tarea de cuidar a una persona enferma se ha observado que las familias se reorganizan, en donde uno de sus miembros asume este rol. En un estudio realizado en Chile

por Bilbeny, Droguett y Droguett (1994) las madres de niños diabéticos presentaban una relación de alta dependencia con los niños, con la percepción de ser la única persona capaz de manejar la enfermedad de manera adecuada, con interacciones que entorpecían la cooperación de otros miembros de la familia, así como la propensión hacia una mayor autonomía y responsabilidad del escolar. Esto conlleva a sentimientos de tensión y sobrecarga en la madre, los cuales afectan a la salud mental de ella y al niño.

Junto con lo anterior, es importante considerar los sentimientos de la madre frente a la enfermedad de uno de sus hijos. El duelo que el niño debe realizar frente a la pérdida de la salud, también es vivido por los padres y otros miembros de la familia. Es innegable que frente a una enfermedad surgirían sentimientos de preocupación por el bienestar del niño y tristeza. A lo anterior, se suma el observar procedimientos médicos que pueden resultar dolorosos, los cuales son vivenciados por el cuidador y los otros miembros de la familia, muchas veces con aflicción.

Es interesante agregar que la salud mental del cuidador se asoció a la autoestima del niño, funcionamiento familiar y a la percepción del menor de ser criticado por su cuidador.

Los resultados señalan la interacción existente entre los miembros del sistema en donde la sintomatología emocional del cuidador se asocia con la presencia de dificultades emocionales en el niño y en el apoyo mutuo que se entregan como miembros de una familia.

La diabetes se vive diariamente, experiencia que puede ser un lente de aumento para las dificultades previas del funcionamiento de la familia, convirtiéndose en un “problema sin fin” (Navarro 2004). Por esto es necesario “poner a la enfermedad en su lugar” (Steinglass y Reiss en Raucsh, 1995) en donde el cuidado del niño pueda compatibilizarse con el desarrollo individual y con la vida de la familia, “dando respiro al cuidador” (Navarro, 2004) aspecto que finalmente redundará en un mayor bienestar emocional del niño insulín dependiente.

Si bien se ha observado que las mujeres suelen tener más apoyo por parte de amigos y relaciones de intimidad en comparación a los hombres, se cree posible que el peso que sobrelleva como cuidadora neutralice los beneficios recibidos de la red social (Raucsh, 1995). Para Navarro (2004) una de las maneras de disminuir el aislamiento del cuidador es el

aumentar el apoyo social a través de instancias que alerten de las consecuencias de la enfermedad, en donde una buena instancia son los grupos de autoayuda.

Las interacciones entre el niño y su cuidador se encuentran enmarcadas dentro de un contexto familiar, la **cuarta hipótesis** plantea que los niños diabéticos perciben sus familias más disfuncionales que los niños sin diabetes. Según los resultados obtenidos en la investigación esta hipótesis se mantiene.

Resultados coincidentes se obtuvieron al evaluar la percepción del funcionamiento familiar de los cuidadores, presentando estos una descripción de su clima familiar como más disfuncional en comparación al grupo control.

Al observar los grupos llama la atención la alta frecuencia de niños diabéticos y sus cuidadores que califican el funcionamiento de sus familias como insatisfactorio, apreciándose que el 69,5% de los niños diabéticos y el 73,9% de los cuidadores consideran a su familia como disfuncional.

Resultados coincidentes a los observados en esta investigación fueron encontrados por Wirlach-Bartosick et al. (2005) en niños insulino dependientes y sus familias. Estos autores señalan que la diabetes en un hijo aumenta las dificultades, observándose mayores signos de disfunción en comparación a niños sin diabetes.

De la misma manera otros estudios reportan diferencias entre el funcionamiento familiar de niños diabéticos y grupos control, específicamente las madres señalan tener menos tiempo para disfrutar con sus hijos, en comparación a cuidadores de niños sin diabetes (Standen, Hinde & Lee, 1985 en McClellan & Cohen, 2006).

Desde el modelo biopsicosocial se comprende que la enfermedad afecta no solo al individuo sino que también a los miembros de la familia y las interacciones que en esta se establecen, cambiando la dinámica familiar (Hercovici, 2002).

Hercovici (2002) señala que la enfermedad infantil influye en áreas de la familia especialmente vinculadas al estrés y la sobrecarga, sabiéndose que las demandas de los

tratamientos alteran las relaciones al interior del grupo familiar. Planteándose que la enfermedad ahondaría dificultades previas al interior de estas.

En el caso de la diabetes las preocupaciones y cuidados que conlleva contribuirían a aumentar la tensión, donde las exigencias que agrega una enfermedad interactúan con los miembros de la familia en forma particular, donde cuidador-niño se influyen mutuamente, pero donde también se relacionan y establecen una relación recíproca con otros miembros del sistema. Donde los conflictos previos se hacen más patentes.

La diabetes toca a los miembros de la familia, la que puede amenazar con consumir los recursos y energía de esta (Rausch, 1995). Se ha observado que cuando la familia de personas enfermas crónicas presenta una dinámica disfuncional, es característico que las necesidades de la familia se sometan a las de la persona enferma, entorpeciendo el desarrollo de sus miembros, así como los planes y proyectos del grupo familiar (Navarro, 2004).

Si bien la diabetes es un factor que aumenta el estrés y la tensión al interior de la familia, este interactúa con otros factores que se encuentran en la familia y en sus miembros. Como bien lo señala Rausch (1995) “Para algunas familias esta crisis es una oportunidad para poner en marcha procesos reparadores. Para otras, la enfermedad produce efectos devastadores” (p. 11)

En esta investigación la percepción del escolar diabético del funcionamiento de su familia se asoció en forma muy significativa con autoestima, salud mental del cuidador, percepción del menor de ser criticado y a la percepción del funcionamiento familiar que presenta el cuidador del niño.

Estos resultados nos señalan que las dificultades en el escolar insulino dependiente y su familia no son un aspecto aislado, sino que se encuentran en una constante dinámica de interrelación.

Es interesante observar que la evaluación del funcionamiento familiar realizada por el niño diabético y su cuidador presentan una muy alta asociación. La alta coincidencia al aplicar el mismo instrumento a ambos coincide con lo observado por Hood (2006), quien encontró un alto acuerdo entre progenitores y niños diabéticos.

La enfermedad crónica es una variable que puede producir reactividad en el entorno familiar, donde las interacciones entre sus miembros afectan y se ven afectadas por el estado emocional y biológico del niño. La crítica al interior de la familia hace referencia en forma indirecta a la dinámica de esta, siendo un indicador de interacciones problemáticas.

Como **quinta hipótesis** de investigación se señaló que los niños diabéticos se perciben más criticados por su cuidador en comparación a niños sin diabetes. Los resultados de esta investigación permiten mantener esta hipótesis.

Datos similares a los encontrados en este estudio son los reportados por Agudelo et al. (2007) en adultos diabéticos tipo I. Estos autores postulan que altos índices de crítica podrían estar vinculados al hecho de vivir con una enfermedad crónica, pues las demandas emocionales y físicas de la enfermedad producirían tensiones y desorden en la vida diaria familiar, evidenciando con más fuerza problemáticas previas.

Si bien lo anterior ocurre en adultos en donde es esperable que estos manejen su enfermedad, se puede especular que en niños esto se evidenciaría aún más, pues el seguimiento del tratamiento habitualmente es asumido por los padres durante esta etapa del desarrollo (Silverstein, Klingensmith, Copeland & Plotnick, 2005).

De la misma manera Agudelo et al. (2007) señala que el vivir con una enfermedad crónica podría volver más frágiles a las personas frente a la crítica, debido las demandas emocionales y físicas que esta implica, encontrándose más vulnerables a comentarios negativos.

Al consultar a los cuidadores de niños diabéticos estos también se percibieron como más severos en la expresión de crítica, en comparación a cuidadores de niños sin diabetes.

Un estudio que coincide con estos hallazgos es el realizado por Liakopoulou et al. (2001), quien observó que las madres de niños diabéticos mostraban una alta presencia de criticismo en comparación al grupo control, específicamente los cuidadores presentaban una alta expresión emocional en un 70,9%, en contraste a solo el 29,6% observado en el grupo control.

Según Greenley y Hooley (1986 en Agudelo et al. 2007) altos niveles de crítica y hostilidad en los familiares se asocian al intento de controlar o cambiar comportamientos en la persona

enferma, señalando que la crítica se relaciona con la ansiedad experimentada frente al estado de salud del que cuidan.

Otros estudios indican que cuidadores críticos atribuyen a la persona enferma responsabilidad en su comportamiento y en las consecuencias que esta tiene respecto a su salud (Wearden, et al. 2006). De esta manera los comentarios críticos van dirigidos a evitar conductas que pueden dañar al individuo en donde este tiene un rol activo.

Considerando lo antes expuesto se podría postular que los niños diabéticos percibirían a su cuidador como más crítico en comparación al grupo control, debido al intento que realizan estos de mantener las condiciones necesarias para el cumplimiento de los tratamientos. En la tarea de mantener un buen control metabólico es necesaria la realización de tareas que deben ser constantes, agregándose a responsabilidades que poseen todos los niños (hacer tareas, ordenar su pieza, etc.). En el intento de controlar la conducta habría más crítica, pues se consideraría que el niño también es responsable de su estado de salud y de las consecuencias de no cumplir con los procedimientos médicos.

Según los resultados obtenidos en esta investigación los niños diabéticos se catalogaron como más críticos hacia sus cuidadores en comparación a niños sin diabetes. De la misma manera, los cuidadores de niños diabéticos se percibieron más criticados por sus hijos en comparación a los cuidadores del grupo control.

En la interacción establecida entre madre e hijo se aprecia que ambos son sujetos activos de la dinámica que se establece en la relación, en donde las actitudes parentales se ven influenciadas por las acciones que el niño realiza.

McCarty et al (2004) al estudiar la interacción entre padres e hijos encontró que altos niveles de crítica señalaban una relación conflictiva entre ambos. Donde padres altamente críticos se interrelacionaban con hijos más antagónicos, bruscos y rebeldes. Altos niveles de criticismo, se presentan en una relación dinámica de comentarios críticos en donde hay una reciprocidad.

Considerando lo anterior, es posible señalar que los niños diabéticos y sus cuidadores se percibieron como más criticados pero también como más críticos, dilucidando relaciones en donde hay una alta expresividad de comentarios negativos.

En esta investigación se observó que los niños diabéticos y sus cuidadores reportaron mayores niveles de enojo al ser criticados en comparación al grupo control. Esto que puede ser catalogado como signo de tensión, también ha sido observado como indicador de cercanía, pues los comentarios provenientes de una persona que es próxima afectivamente provocarían mayor malestar (Miklowitz, 2005).

Los cuidadores de niños diabéticos percibieron como más enojados a los niños frente a sus críticas, en comparación al grupo sin diabetes. Esto también ocurre en los niños quienes señalaron a sus cuidadores como más enojados frente a sus críticas.

Para Miklowitz (2005) personas que perciben mayores niveles de enojo en sus familiares, también presentarían un mayor nivel de control e influencia en la interacción que establecen. Por lo tanto, se puede especular que los cuidadores observan que sus comentarios críticos influyen y modifican el comportamiento de los niños. De la misma manera los niños percibirían que sus comentarios negativos, afectarían a sus cuidadores.

La presencia de mayor criticismo en el grupo con diabetes podría ser explicada desde la necesidad de ejecución de procedimientos médicos, acrecentando dificultades de convivencia. Sin embargo, la presencia de mayor crítica es también asociada a un menor seguimiento de instrucciones y tareas, presentando los niños menos perseverancia (Wamboldt et al., 2000; St Joon-Seed & Weiss, 2002). De esta manera, la interacción entre el menor y su cuidador se dificulta, en donde el objetivo del cuidado apropiado del niño se podría entorpecer.

Junto con lo anterior, es posible que la diabetes sea una experiencia que produzca estrés a los miembros de la familia, lo que aumentaría la tensión de sus integrantes favoreciendo interacciones negativas y el conflicto, en donde se presentaría más crítica.

La presencia de diabetes impone el afrontar cambios y tareas a los miembros del sistema familiar, lo que impacta la vida del niño y de su red relacional. La cronicidad de la diabetes produce una carga que puede aumentar las dificultades entre sus miembros resolviendo dificultades y problemáticas que otras familias no enfrentan, derivadas de la vivencia de enfermedad, lo que puede favorecer la crítica en la interacción que estos establecen.

Según los resultados la percepción del niño diabético de ser criticado por su cuidador se asocia a autoestima, funcionamiento familiar, salud mental del cuidador, la percepción que presenta el cuidador de ser crítico con el niño y al enojo que este experimenta cuando es criticado por el menor.

Los datos nos indican que el funcionamiento de la familia así como el bienestar de sus miembros se encuentra asociado con la percepción del niño diabético de ser criticado.

Cuando el sistema es capaz de manejar la tensión que la enfermedad implica, sumado a dificultades cotidianas, resolviendo conflictos y dando espacio de crecimiento a sus miembros con el consiguiente bienestar de estos, la crítica sería menor.

Lo anterior presenta coincidencias con lo planteado por Miklowitz (2004) quien señala que cuando el niño se percibe como criticado por su cuidador, estaría reflejando dificultades en el clima emocional de la familia, aún cuando esto solo sea pesquisado en uno de sus miembros.

La **sexta hipótesis** señala que los niños con diabetes presentan más Trastorno depresivo en comparación a niños sin diabetes. Los datos encontrados en esta investigación rechazan esta hipótesis.

Al observar descriptivamente los datos hay tres niños diabéticos que cumplen con el criterio establecido para indicar la presencia de un cuadro depresivo, apreciándose que no hay diferencias significativas entre niños con y sin diabetes.

Estos resultados no son coincidentes con lo reportado por Kovacs et, al. (1997) quien en una muestra de 92 jóvenes diabéticos encontró que el 47,6% presentaba un trastorno psiquiátrico, en donde el más prevalente fue el diagnóstico de depresión mayor.

Las discrepancias con la investigación antes mencionada podría deberse a diferencias metodológicas, pues si bien Kovacs et, al. (1997) consideró una población que inicialmente fluctuaba entre los 8 y los 13 años, la presencia de Psicopatología fue observada durante 10 años de seguimiento, donde los sujetos fueron medidos en forma continua a lo largo de la adolescencia, período señalado como de mayor riesgo para presentar trastornos psiquiátricos en jóvenes diabéticos (Silverstein, et al. 2005).

Es interesante señalar que cuando consideramos síntomas depresivos si encontramos diferencias entre niños diabéticos y no diabéticos, donde los primeros presentan en promedio mayor sintomatología que los controles. Esto coincide con lo señalado por Hood et al (2006) quien observó en niños y adolescentes insulino dependientes norteamericanos una alta presencia de síntomas depresivos.

Según los estudios de Costello (1999, 2003) la presencia de sintomatología emocional durante la niñez, aún cuando no cumpla con los criterios exigidos para ser categorizada como un cuadro psicopatológico, puede llegar a constituir un trastorno del ánimo propiamente tal, si los factores de riesgo se mantienen.

Al observar los resultados se advierte que si bien los niños diabéticos no presentan mayor presencia de Trastorno depresivo (considerando la definición operacional dada por el instrumento) la mayor presencia de sintomatología depresiva es un indicador de dificultades emocionales, lo que podría incidir en un mayor riesgo de presentar un cuadro depresivo durante la adolescencia, lo que concuerda con estudios realizados en adolescentes diabéticos que observaron una alta presencia de este cuadro.

Desde el modelo biopsicosocial la mayor sintomatología depresiva en niños diabéticos se comprende como el resultado de la interacción entre el funcionamiento biológico y psicológico del niño, así como de los miembros de la familia y grupo social.

El duelo que vive el individuo y su familia frente a una enfermedad crónica es un elemento que debe ser considerado. Si bien, la diabetes no constituye una enfermedad que significa un diagnóstico invalidante, si implica la pérdida de la salud, experiencia emocional vivenciada por el niño y las personas que lo rodean.

Diversos estudios indican que las mujeres diabéticas presentan más sintomatología depresiva que los hombres (Kovacs, 1997; LaGreca, 1995; Moussa, 2005). En esta investigación no se encontraron diferencias entre ambos sexos, coincidiendo con el estudio de Blanz et al (1993).

Grey, Whittemore y Tamborlane (2002) sugieren que anterior a la adolescencia no habría diferencias importantes en la presencia de síntomas depresivos entre hombres y mujeres insulino dependientes. Tendencia que cambia después de la pubertad, cuando son las mujeres quienes presentarían mayor sintomatología.

Por lo tanto, considerando los resultados del estudio es posible señalar que los niños diabéticos no cumplen con los criterios establecidos para indicar que estos tienen en forma significativa más trastorno depresivo. Sin embargo, presentan en promedio más sintomatología depresiva en comparación a los niños del grupo control.

La sintomatología depresiva en el niño diabético se asoció a autoestima, funcionamiento familiar, salud mental del cuidador y el criticismo del menor en la interacción con su cuidador.

Autoestima presentó asociación con sintomatología depresiva, esto coincide con lo señalado por Rutter (2004) quien plantea que las personas deprimidas usualmente presentan baja autoestima atendiendo selectivamente aspectos negativos de la vida cotidiana o de sí mismos presentando baja autovaloración, criticando sus competencias interpersonales y académicas.

El autor señala que si bien numerosos estudios señalan la asociación entre depresión y baja autoestima, se desconoce la relación entre ambas, es decir, si la baja autoestima es causa o consecuencia de la depresión (Rutter, 2004).

En el caso de los niños diabéticos podría explicarse la asociación entre variables debido al sentimiento de diferencia que experimentarían los menores insulino dependientes. Según Betschart (2005) uno de los grandes deseos de los niños es no parecer distintos a otros, observándose mayor sensibilidad en algunos escolares a las diferencias que puedan presentar debido a las demandas ocasionadas por la enfermedad, temiendo el mostrar síntomas de hipo e hiperglicemia, lo que puede afectar de manera importante al niño sintiéndose aislado y triste.

Moussa et al. (2005) encontró que niños diabéticos con una alta sintomatología depresiva, también creyeron proyectar una imagen negativa o desvalorizada de ellos hacia sus amigos y compañeros.

Otra de las variables asociadas a sintomatología depresiva en el niño diabético fue funcionamiento familiar, considerando la percepción del cuidador y el niño.

Estos datos son coincidentes con lo planteado por Wu et al (2007) quien observó que la dinámica familiar se encuentra asociada a la presencia de síntomas depresivos en los niños.

Frente a una enfermedad crónica tanto la familia como el niño se enfrentan a nuevas tareas (Mrazec en Rutter, 2004) si bien, la gran mayoría se adapta a la diabetes en forma satisfactoria, es innegable que la vivencia de una enfermedad es un estresor que puede afectar negativamente a la dinámica familiar.

Hood (2006) observó asociación entre conflictos familiares ocasionados por el manejo de la diabetes y problemas emocionales en niños y adolescentes diabéticos. Pues los cuidadores al estar tensionados por las demandas del tratamiento entregarían menos apoyo emocional y se encontrarían menos sensibles a las necesidades del escolar, promoviendo la presencia de dificultades emocionales en este. Según los resultados de este autor la presencia de dificultades familiares, especialmente en áreas donde la familia apoya el tratamiento del niño diabético, es una clara señal de malestar emocional en el niño.

Desde el modelo biopsicosocial un niño que presentan síntomas depresivos se vuelve más irritable y complejo en su trato, actuando como un elemento de tensión y estrés para los padres, al que se le suma los aspectos propios de la enfermedad (Rutter, 2004).

La sintomatología depresiva en el niño diabético también se asoció a la salud mental del cuidador. Los resultados encontrados se ven apoyados en estudios que señalan que dificultades emocionales de la madre se encuentran asociados a sintomatología emocional en el niño (Rutter, 2004, Connel & Goodman, 2002).

Frank et al (1998) en padres de niños enfermos crónicos encontró que la tensión y malestar emocional de estos se encuentra asociada al funcionamiento emocional y conductual que el niño presenta.

Essex, Klein, Cho y Kraemer (2003) observaron asociación entre depresión materna y dificultades conyugales, señalando que los efectos de ambas se suman en la exposición temprana de los niños a tensiones, dando como resultado el aumento de síntomas afectivos. Cuidadores con dificultades emocionales presentarían interacciones más problemáticas con los niños, brindando menor contención

El criticismo fue otra de las variables que se asoció con sintomatología depresiva, específicamente se observó asociación con lo criticado que el niño se siente, el enojo que este reporta frente a la crítica, la percepción del niño respecto al enojo del cuidador y la percepción que presentan los cuidadores de la severidad con que son criticados por los niños.

Los resultados son consistentes con estudios hechos en expresividad emocional, los cuales indican que la expresión de crítica por parte de familiares cercanos se relaciona con sintomatología emocional (Miklowitz, et al. 2005; McCarty & Weitsz, 2002).

Fristad, Goldberg, Gavazzi (2003) en una investigación realizada en niños depresivos observaron que la crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento se asocian con síntomas más graves, así como con un curso de recuperación más lento. El criticismo se presenta en la interacción con el niño, en donde el escolar al sentirse criticado podría generar una imagen negativa de sí mismo, asociándose las relaciones conflictivas expresadas en la crítica a síntomas depresivos en el escolar (Miklowitz, 2004).

Para Miklowitz (2004) la crítica no se presenta en forma aislada, sino que en un proceso de interacción de factores provenientes del niño, el cuidador y la familia constituyendo dinámicas que perpetúan las dificultades en el escolar.

Las variables que mejor explican el comportamiento de la sintomatología depresiva en los niños diabéticos son autoestima y desarrollo psicosocial.

Llama la atención que el modelo incluyera desarrollo psicosocial pues al observar las correlaciones presenta una baja asociación con sintomatología depresiva. Esto se debe a que las correlaciones son un procedimiento estadístico que permite observar la asociación de las variables de una a una. Debido a esta razón, al efectuar modelos de regresión lineal múltiple y al estar las variables interrelacionadas unas con otras, pueden presentar mayor fuerza o bien disminuir su preponderancia. Donde solo son integradas al modelo, los factores que más aportan en explicación.

Es así, como el desarrollo psicosocial a pesar de no haberse correlacionado a sintomatología depresiva, al ser ingresado al modelo e interactuar con otras variables adquirió mayor peso

estadístico. Observándose, como uno de los factores que explica la sintomatología depresiva en el niño diabético.

De Dios et al (2003) señala que un menor desarrollo de la autonomía se relaciona con menores signos de depresión en adolescentes diabéticos, pues las familias serían percibidas como más contenedoras y que brindan un mayor apoyo frente a las demandas del tratamiento. Los hallazgos De Dios (2003) coinciden con lo encontrado en este estudio, pues al explicar el comportamiento de la sintomatología depresiva en niños diabéticos se aprecia que un menor desarrollo psicosocial incide en la presencia de menor sintomatología depresiva. Esto que puede parecer contradictorio, adquiere sentido cuando reflexionamos en torno a las exigencias impuestas por la diabetes, pero debe ser interpretado con precaución.

El desarrollo psicosocial según lo considerado en esta investigación presenta tres dominios básicos estos son la autodirección, la evolución de los intereses (lectura, vida social, etc.) y relaciones interindividuales. Siendo la autonomía el área que adquiere mayor preponderancia, pues si consideramos las características del instrumento de medición (Escala de Desarrollo psicosocial de Zazzo y Hurtig) esta presenta un alto número de ítems.

Por esto es posible especular que derivado de las imposiciones que plantea el tratamiento de la diabetes (horarios, mediciones, alimentación, etc.), los niños diabéticos al estar guiados y apoyados por sus madres y cuidadores en tareas de la vida diaria, se percibirían como más apoyados emocionalmente (De Dios, et al 2003). Sin embargo, también se ha observado que cuando los padres de niños diabéticos se vuelven intrusivos, enviarían a los menores el mensaje de que son incompetentes (Pomerantz & Eaton, 2000), dañando su autoestima y entorpeciendo las oportunidades de aprender a través del ensayo de sus capacidades (Wysocki et al 1996 en Wiebe et al, 2005).

Considerando lo anterior, la meta sería conseguir la interdependencia (De Dios, et al 2003). Donde los niños diabéticos puedan ver alentada su autonomía abriendo su interés por diversos aspectos y aprendiendo de sus errores, presentando el respaldo de colaboradores en su tratamiento.

Wiebe et al (2005) plantea que madres o cuidadores que apoyan y acompañan promoverían en el niño una mejor regulación de emociones negativas.

La **séptima hipótesis** sostiene que los niños diabéticos presentan más sintomatología ansiosa en comparación a niños sin diabetes, los datos son congruentes con la hipótesis planteada al medir ansiedad como una condición emocional transitoria (ansiedad estado) y como una disposición que se mantiene en el tiempo (ansiedad rasgo).

Llama la atención que al medir ansiedad estado la diferencia entre niños diabéticos y sin diabetes fue menos significativa, que al medir ansiedad rasgo. Esto podría explicarse considerando aspectos observados al aplicar la prueba.

Al evaluar ansiedad estado se apreció que para algunos niños las preguntas fueron difíciles de comprender, esto podría haber afectado la sensibilidad de la misma. Lo anterior no ocurrió al evaluar ansiedad rasgo, donde los reactivos resultaron de más fácil comprensión.

A pesar de lo anterior los resultados indican diferencias significativas en ambos casos, al medir ansiedad como una condición emocional transitoria o bien como una disposición permanente. Presentando los niños diabéticos en promedio más sintomatología que los niños del grupo control.

Los resultados de esta investigación no coinciden con lo encontrado por Helgeson (2007) en niños diabéticos norteamericanos, los cuales al ser comparados con un grupo control no reportaron más síntomas ansiosos. De la misma manera Martínez et al. (2001) en un estudio que incluía niños españoles de la misma edad de esta investigación, no encontró diferencias en los niveles de ansiedad de niños diabéticos y sin diabetes.

En niños diabéticos se aprecia sintomatología ansiosa durante el primer año de diagnóstico, decreciendo a medida que el niño asimila las exigencias del tratamiento (Schffrin, 2001; Silverstein et al., 2005). A pesar de lo anterior, se ha observado que durante los seis primeros años de la diabetes la ansiedad tiende a estar presente (Silverstein, et al. 2001). Esto podría explicar los resultados encontrados, pues en los niños encuestados el diagnóstico fue dado en todos los casos hace más de un año, sin embargo, el 78% de la muestra ha vivido menos de seis años con la enfermedad.

Las diferencias en la sintomatología ansiosa presente entre niños con y sin diabetes han sido asociadas a las rutinas que exige el tratamiento (Asociación Mexicana de diabetes, 2007),

observándose que la vigilancia respecto del propio estado de salud es un factor que podría influir (Mrazek, 2004).

El quiebre que ocasiona la enfermedad y el contacto con la vulnerabilidad corporal, tanto para la familia como para el niño, facilitaría la percepción de que el mundo “Ya no es un lugar seguro” (Betschart, 2005). Los temores que ocasionan aspectos propios del tratamiento (por ejemplo las agujas) o las ansiedades de las personas que rodean al niño respecto del manejo de la diabetes y sus consecuencias, podrían enviar el mensaje al niño “de que algo terrible puede pasar” (Betschart, 2005).

Lo anterior interactúa con el escolar diabético, quien se encuentra en una etapa evolutiva en donde las ansiedades, en parte, provienen del daño físico entre los que se encuentran las enfermedades, la muerte y las acciones médicas (inyecciones, sangre, etc.) (Sandín, 1997).

La sintomatología ansiosa como un estado transitorio (ansiedad estado) se asoció a la percepción del niño de ser criticado por su cuidador, lo crítico que se percibe el cuidador, autoestima y a la satisfacción del niño con el funcionamiento familiar.

Cuando observamos la **sintomatología ansiosa como una disposición relativamente estable (ansiedad rasgo) se aprecia asociación** con autoestima, salud mental del cuidador, funcionamiento familiar y la percepción del niño de ser criticado por su cuidador.

Autoestima fue una de las variables asociadas a sintomatología ansiosa, estos resultados coinciden con el estudio de Tsao et, al. (2007) quien observó que una mayor sensibilidad a la ansiedad se asociaba a una menor autoestima, en niños que presentan dolor crónico.

Los niños se encuentran en constante interacción con padres, profesores y pares quienes le proporcionan una imagen, percibiendo sus habilidades y competencias. Cuando el escolar subestima sus reales niveles de desempeño y enfrenta situaciones donde debe desplegar sus recursos, podría sentirse inadecuado vivenciando las situaciones como peligrosas.

En los niños diabéticos el percibirse a sí mismos como frágiles o débiles observarían al mundo como más peligroso, incontrolable o difícil. En donde si al compararse con pares o

con otros se perciben como menos capaces, aunque esta situación no sea objetiva, presentarían mayor sintomatología ansiosa.

El funcionamiento familiar también presentó asociación con sintomatología ansiosa como estado y rasgo. Estos resultados poseen coincidencias con lo señalado por Rutter (2004) en niños sin enfermedades crónicas, pues en estos existiría relación entre desordenes ansiosos e interacciones familiares. Desde un punto de vista relacional hay conductas del padre y del niño, así como interacciones entre ambos que resultan en la presencia de ansiedad (Rutter, 2004).

La asociación entre ansiedad (estado y rasgo) con la satisfacción que presenta el niño del funcionamiento familiar, podría ser explicada desde los hallazgos de Faulker y Chang (2006) en niños y adolescentes diabéticos. Según estos investigadores familias cariñosas y que no experimentan la diabetes como una carga contribuyen a que los escolares presenten menos preocupaciones. Las presiones implicadas en el tratamiento y la vivencia de enfermedad son factores estresantes, que contribuyen a hacer más evidente problemáticas previas y generan nuevos conflictos al interior de la familia. Cuando las familias logran superar estas dificultades dando apoyo a sus miembros, las ansiedades vividas por el niño diabético serían menores.

El escolar al percibir el espacio familiar como satisfactorio, con adecuada comunicación, adaptabilidad frente a las dificultades y resolución de conflictos puede enfrentar de mejor manera las tensiones ocasionadas por la enfermedad o provenientes de situaciones cotidianas, encontrando un espacio de contención.

Si por el contrario la familia es percibida como disfuncional, las interacciones familiares son otra fuente de estrés, encontrándose los miembros menos atentos a las necesidades emocionales del niño.

La percepción del niño de ser criticado por su cuidador se asoció a sintomatología ansiosa (estado y rasgo), apreciándose además que la sintomatología ansiosa como un estado transitorio (estado) se correlaciona en forma muy significativa a la percepción que posee el cuidador de ser crítico con el niño.

La presencia de crítica si bien, ha sido señalada como signo de preocupación por el buen manejo de la enfermedad, también es señal de tensión y de comentarios desfavorables hacia el sujeto (Greenley y Hooley, 1986 en Agudelo et al. 2007). Quien al sentirse más criticado y con menos soporte emocional, viviría situaciones cotidianas como más estresantes.

Wamboldt (2000) señala que frente a una enfermedad crónica la presencia de alta crítica, se asocia a más dificultades para poder seguir correctamente los tratamientos. Esto coincide con lo encontrado por St Joon-Seed y Weiss (2002) quienes reportaron que un alto criticismo materno, se asocia a una menor adaptación de los niños a las demandas del ambiente y más dificultades para perseverar en tareas. De esta manera al criticar hay una devaluación del sujeto, quien se percibe como menos capaz de enfrentar diversos acontecimientos y funciones, percibiendo el mundo como más peligroso e incontrolable.

La sintomatología ansiosa como una disposición estable en el tiempo (ansiedad rasgo), presentó asociación con la salud mental del cuidador. Esto coincide con lo señalado por Rutter (2004) quien señala que la ansiedad en niños se encuentra relacionada con la presencia de psicopatología en los padres.

La salud mental de la madre y en específico la depresión es un factor que afectaría el bienestar emocional de los niños, observándose durante la niñez comportamiento disruptivo y desordenes ansiosos en forma característica (Pilowsky, et al ,2006). Siendo posible especular que un cuidador que presenta signos de dificultad emocional sumado a las exigencias que impone la enfermedad, podrían favorecer en el niño la vivencia de inestabilidad y de peligro, debido a la tensión que estas generan en el menor.

Las dificultades emocionales en la madre podrían afectar su capacidad de enfrentamiento ante problemáticas cotidianas y/o provenientes de la enfermedad, donde el niño observaría la reacción de sus progenitores, si esto es vivenciado como peligroso por el cuidador con escasos recursos frente a las dificultades, difícilmente este podrá brindar un espacio de contención al niño.

Por el contrario un cuidador que presenta bienestar emocional puede contener y apoyar de mejor manera al escolar insulino dependiente, ayudándolo a enfrentar temores y ansiedades.

La variable que más explica ansiedad estado es la percepción del cuidador de ser crítico con el niño.

El que el modelo integrará la percepción del cuidador respecto de lo crítico que es con el niño, puede comprenderse considerando que la ansiedad estado se presenta como sentimientos desagradables frente a eventos que son considerados como amenazantes y transitorios. Por lo tanto, se podría señalar que la crítica del cuidador es un estresor que situacionalmente genera una sensación de nerviosismo y preocupación en el niño.

Los resultados de este modelo deben ser tomados con precaución, pues se aprecia que este no tiene un buen ajuste estadístico.

En el caso de **ansiedad rasgo** el modelo explica el comportamiento de la variable por el nivel de autoestima que el niño presenta.

Estos resultados denotan la importancia del autoconcepto del niño diabético, quien según los resultados presenta más sintomatología ansiosa cuando presenta una imagen de sí mismo más deteriorada. Observándose la autoestima como un factor de peso estadístico en la sintomatología ansiosa.

Como parte de la investigación se consideró la **evaluación que presentaron los cuidadores respecto de la salud mental de los niños**.

Según los resultados los niños diabéticos presentan en promedio más problemas conductuales que los niños sin diabetes. De la misma manera, al considerar los sujetos que caen dentro de un rango clínico, también se observaron diferencias entre ambos grupos.

Resultados coincidentes fueron encontrados por Northam et al (1996) en niños diabéticos australianos, sin embargo, este autor observó esta tendencia solo durante el primer año de diagnóstico.

Se observa que las niñas diabéticas en comparación a las niñas sin diabetes, presentan en forma significativa más problemas vinculados a las categorías “Ansiedad-Depresión”, “Confusión-Retraimiento” y “Quejas Somáticas”. Estos resultados son indicativos de alta sintomatología, en rango clínico, en una línea internalizante (síntomas depresivo-ansioso).

Los resultados encontrados respecto a la categoría “Quejas Somáticas” poseen similitudes con los hallazgos de Northam et al. (1996). Este autor plantea que si bien, una enfermedad crónica conlleva efectos físicos, las dolencias manifestadas por los niños diabéticos no se originan solo en dificultades metabólicas, sino que estas son reflejo del estado emocional del menor.

En caso de los hombres diabéticos no se encontraron diferencias entre estos y el grupo control al comparar las subcategorías de problemas conductuales, considerando los sujetos que caen en rango clínico.

Al comparar los resultados obtenidos entre hombres y mujeres diabéticos no se observaron diferencias significativas, al considerar el promedio en el nivel de problemas conductuales o emocionales en la escala total, de la misma manera al evaluar los sujetos que caen en rango clínico, tampoco se observaron diferencias.

En síntesis los niños diabéticos presentan un menor desarrollo psicosocial y autoestima que los escolares del grupo control. Percibiendo sus familias más disfuncionales y con más criticismo que los sujetos sin diabetes. Además los cuidadores de niños insulino dependientes exhibieron más dificultades de salud mental.

Junto con lo anterior, los datos indicaron que no hay diferencia significativa en la presencia de trastorno depresivo entre niños diabéticos y sin la enfermedad. Sin embargo, si se observó en promedio más sintomatología ansiosa (estado y rasgo) y síntomas depresivos.

Los factores psicológicos y familiares asociados en forma muy significativa a sintomatología depresiva en niños diabéticos fueron autoestima y funcionamiento familiar. Observándose que sintomatología ansiosa como estado se asocio en forma muy significativa a la percepción del niño de ser criticado y lo crítico que se siente el cuidador hacia el niño. En el caso de sintomatología ansiosa como una predisposición que se mantiene en el tiempo (ansiedad rasgo) los datos señalan una asociación muy significativa con autoestima, salud mental del cuidador y funcionamiento familiar.

La variable autoestima se observó como un factor de peso estadístico para explicar sintomatología depresiva y ansiosa (ansiedad rasgo) en niños diabéticos. Esto cobra importancia cuando se proyectan los resultados a futuras intervenciones en niños

insulinodependientes, pues el fortalecer la autoestima en los escolares diabéticos permitiría disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa. Esto coincide con lo planteado por Oñate (1989) quien señala que el positivo autoconcepto presenta una importante función en el desarrollo de la salud mental.

Considerando los resultados antes expuestos es posible señalar que la diabetes es un factor que contribuiría a dificultades emocionales del niño y su familia. Donde la enfermedad no solo se centra en lo somático, sino que se interrelaciona con las otras partes integrantes del sistema, que a su vez interactúan con el funcionamiento del niño.

Es importante considerar las influencias recíprocas entre los factores familiares y la función psicológica individual, en donde hay interacción de los distintos factores protectores y de riesgo, dando resultados diversos. Es así como la presencia de diabetes es un factor que se interrelacionará con variables presentes en el niño y en el sistema familiar.

Este estudio presenta muchas **limitaciones** la primera de ellas se deriva de carecer de información respecto de los niños y sus cuidadores, previo a esta investigación. En especial de los niños diabéticos, estableciendo la interrogante de si las observaciones registradas, se presentaban con anterioridad a la presencia de la enfermedad. En segundo lugar, no se contó con medidas que avalaran el control de la diabetes que presentan los niños insulinodependientes, variable considerada en numerosos estudios internacionales.

La tercera limitación proviene de los instrumentos utilizados, pues la mayoría de los cuestionarios empleados pueden ser catalogados como instrumentos de screening. Este es el caso del cuestionario de depresión infantil (CDI), que si bien permite una aproximación a la presencia de trastorno depresivo en el sujeto, no reemplaza a una evaluación clínica del niño.

De la misma manera el cuestionario de Salud de Goldberg si bien, es indicado en la literatura como un instrumento que mide salud mental autopercibida, no clasifica los indicadores según categorías nosológicas establecidas por el DSM-IV o el CIE -10. Sin reemplazar la evaluación del bienestar emocional, hecha por un especialista de la salud mental.

Junto con lo anterior, el cuestionario de funcionamiento familiar de Smilkstein es una escala muy general, que presenta solo cinco preguntas. Debido a esto se observó que la presencia de

tensión o malestar entre los miembros bajaba bruscamente los puntajes, seguramente influenciado por los pocos ítems de la prueba.

Además, en función de aplicar una escala donde se considerará la percepción del cuidador de la salud mental del niño se decidió emplear el inventario de problemas conductuales de Achenbach, instrumento que si bien se encuentra estandarizado para nuestro país, lo es solo hasta los 11 años.

De la misma manera, la escala de criticismo no se había utilizado en nuestro país y no se encuentra estandarizada, siendo necesario futuras investigaciones para conocer los resultados arrojados por el instrumento y las coincidencias con lo reportado en este estudio en poblaciones más amplias y con distintos rangos etarios.

A continuación se presentan las principales conclusiones del estudio.

VI. Conclusiones

Los objetivos propuestos en esta investigación fueron alcanzados en forma satisfactoria, donde los resultados y sus análisis contribuyeron al conocimiento de la salud mental, factores psicológicos y familiares de los niños diabéticos tipo 1 entre 8 y 12 años que viven en la V Región.

Al evaluar **Factores psicológicos** (desarrollo psicosocial y autoestima) se encontró diferencias significativas entre niños diabéticos y sin la presencia de enfermedad, específicamente los niños insulino dependientes presentaron un menor desarrollo psicosocial y autoestima que los niños sin diabetes.

En relación a los **Factores familiares** (salud mental del cuidador, funcionamiento familiar y criticismo) los resultados también indicaron diferencias significativas entre el grupo con diabetes y los controles. Los niños insulino dependientes y sus cuidadores percibieron a sus familias más disfuncionales y con mayor criticismo, observándose que los cuidadores de niños diabéticos presentan más dificultades de salud mental.

Al considerar aspectos relativos a la **Salud mental** no se observaron diferencias significativas entre los niños diabéticos y el grupo control en cuanto a la presencia de trastorno depresivo. Sin embargo, cuando consideramos los niveles de sintomatología depresiva si se observan diferencias entre ambos grupos, presentando los niños insulino dependientes en promedio más síntomas depresivos que los niños sin enfermedad crónica. Los resultados también indicaron que los niños diabéticos exhiben en forma significativa más sintomatología ansiosa como un estado situacional (ansiedad estado) y como una predisposición permanente (ansiedad rasgo) en comparación a niños sin la presencia de enfermedad.

Los datos señalan que la sintomatología depresiva en niños diabéticos se asocia en forma muy significativa a autoestima y funcionamiento familiar.

Cuando observamos la sintomatología ansiosa como estado se aprecia que esta se asocia en forma muy significativa a la percepción del cuidador de ser crítico y a lo criticado que se siente el niño. En el caso de sintomatología ansiosa como una predisposición que se mantiene

en el tiempo (ansiedad rasgo) los datos señalan una asociación muy significativa con autoestima, salud mental del cuidador y funcionamiento familiar.

Es importante señalar que al realizar modelos de regresión lineal múltiple destinados a conocer los factores que explicarían la sintomatología depresiva y ansiosa (rasgo) en niños diabéticos, se observa que el 75,9% del comportamiento de la sintomatología depresiva se explica por el nivel de autoestima y el desarrollo psicosocial. En el caso de ansiedad rasgo el 61% de la variabilidad se explica por la autoestima del niño.

Dentro de los factores integrados por los modelos de regresión lineal múltiple la autoestima aparece como importante de destacar, pues se incluye como un factor de peso explicativo en sintomatología depresiva y ansiosa. Esto cobra importancia cuando se considera el planeamiento de futuras intervenciones en los niños insulino dependientes, pues según la evidencia, el fortalecimiento del autoconcepto incidiría en una menor sintomatología (depresiva y ansiosa).

Considerando los resultados encontrados en esta investigación es posible señalar que la diabetes es una variable que interviene en el bienestar emocional y familiar del niño. Lo cual desde la mirada del modelo biopsicosocial es comprensible, pues la enfermedad no se ubicaría solamente en el soma sino que se interrelaciona con aspectos psicológicos, familiares y del contexto social, coexistiendo y afectándose recíprocamente.

Es importante señalar que algunos escolares y sus familias pueden presentar más dificultades que otros al enfrentar una enfermedad. Esto dependerá de la influencia recíproca entre aspectos del individuo, de la familia y el medio, resultando en procesos individuales, a pesar de poder presentar condiciones iniciales similares.

Se estima como necesario generar nuevas investigaciones en niños enfermos crónicos y sus familias, planteándose interrogantes respecto de si los aspectos observados se presentan solamente en el caso de la diabetes o en otras enfermedades crónicas.

En el caso de los factores psicológicos estudiados sería interesante conocer como se presenta el desarrollo psicosocial y autoestima en niños con otras enfermedades ¿Hay diferencias con lo observado en niños diabéticos? En niños diabéticos además se observa como muy

interesante el realizar un estudio longitudinal, en donde las variables estudiadas sean reevaluadas durante la adolescencia y en la adultez joven, conociendo si hay variaciones en estas y como se reeditan durante el desarrollo evolutivo.

De la misma manera las familias de niños enfermos crónicos es un ámbito que necesita ser investigado en nuestro país. Específicamente en el caso de los cuidadores se establecen múltiples interrogantes ¿Se presentan dificultades de salud mental en cuidadores con niños que presentan otras enfermedades crónicas? ¿Esto se deriva de la vivencia de un hijo con enfermedad crónica o hay factores explicativos más importantes? ¿Qué diagnósticos psiquiátricos presentan mayor prevalencia en los cuidadores? ¿Cuáles son los factores de riesgo para presentar un cuadro psicopatológico, frente a la enfermedad de un hijo?

El funcionamiento familiar también señala interrogantes donde se plantea como interesante y necesario estudios que incorporen la percepción de los padres y hermanos ya que la mayoría de las investigaciones, incluyendo la presente, se centran en el cuidador principal y el niño. Siendo importante conocer a otros actores relevantes que intervienen en el desarrollo del escolar.

Un aspecto importante de destacar es que se encontró familias y niños diabéticos que a pesar de la presencia de enfermedad no presentaron indicadores de dificultades, siendo muy interesante conocer cuales son los factores protectores que prevalecen en estas y en los niños.

Además es recomendable realizar estudios que incorporen la escala de criticismo en poblaciones más amplias y con distintas características, pues se observó como un factor que aporta información respecto de la interacción de los miembros de la familia.

Junto con lo anterior se aprecia como necesario ampliar los estudios relativos a la salud mental de niños diabéticos y enfermos crónicos.

Los resultados de los estudios efectuados en niños diabéticos y enfermos crónicos permitirán conocer mejor como afecta la vivencia de enfermedad en el escolar y su familia, posibilitando la creación de estrategias de intervención, las cuales basadas en evidencia favorecerían una mejor y más efectiva atención frente al impacto de la enfermedad.

Bibliografía

- Alcayaga, P. (2004). Educación en Diabetes. En C. Contreras (Ed.), Diabetes mellitus. (2° Reimpresión, pp. 98-105) Santiago: Mediterráneo.
- Agudelo, ME., Builes, MV. & García, J. (2007) Perceived Familial Criticism in Outpatients with Diabetes Mellitus, Bipolar Disorder and Healthy Individuals. Rev.Colomb.Psiquiatr,36, (2), 213-223.
- Ajuriaguerra, J. (1975) Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Toray-Masson
- Almonte, C. (2003) Características de la psicopatología infantil y de la adolescencia. En C. Almonte, M. Montt & A. Correa. Psicopatología Infantil y de la Adolescencia (pp. 87-105).Santiago: Mediterráneo.
- Álvarez, V. & Barraza, C. (1994). Depresión infantil y factores asociados en una población escolar de niños entre 9 y 11 años de la comuna de San Bernardo. Tesis para optar al título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Álvarez, B. (2006) Diabetes y salud mental. Descargado el 5 de Mayo de 2007 de <http://www.consumer.es/accesible/es/salud/psicologia/2006>
- Álvarez, M. & Chailloux, MR. (2006) Estrés y diabetes mellitus. Descargado el 23 Febrero de 2007 de <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/Ijornada/Marilet/DIABETES>
- American Diabetes Association. (2006). Estrés. Descargado el 4 Agosto, 2007 de <http://www.diabetes.org/espanol/diabetes-tipo-2/estres.jsp>
- American Psychiatric Association. (1995). Manual de Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales. (4° ed.). Barcelona: Masson

- Anderson, B. (2004). Family conflict and diabetes management in youth: Clinical lessons from child development and diabetes research. Diabetes Spectrum, *17*, 22-26.
- Araya, R., Wynn, R. & Lewis, G. (1992). Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, *27*(4), 168-73.
- Arcos, G., Molina, I. Repossi, A., Uarac, M., Ritter, P. & Arias, L. (1999). Violencia doméstica y sexualidad. Rev. méd. Chile, *127*(11), 1329-1338.
- Arguelles, T., García, R. & Agramonte, A. (2006). El dibujo como exponente de las percepciones sobre enfermedad en niños y niñas con diabetes mellitus. Revista cubana de endocrinología, *17* (1).
- Awadalla, AW., Ohaeri, JU., Tawfiq, AM. & Al-Awadi, SA. (2006). Subjective quality of life of outpatients with diabetes: comparison with family caregiver's impressions and control group. J Natl Med Assoc, *98*(5), 737-745.
- Azar S & Kanaan N (1999) Intensive insulin therapy compared with conventional insulin therapy does not reduce depressive symptoms in parents of children with type 1 diabetes. Diabetes Care *22*, 1372-1373.
- Barceló, A. (2005). Diabetes y sobrepeso en el contexto de AIEPI. Coloquio Internacional: Nutrición y Obesidad. Abril, 18-23
- Barrera, L., Pinto, N. & Sánchez, B. (2006). Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: comparación de géneros [Versión electrónica]. Actual. Enferm, *9* (2), 9-13.
- Bawden, H., Stokes, A., Camfield, P. & Salisbury, S. (1998). Peer relationship problems in children with tourette's disorder or diabetes mellitus. Journal Child Psychol. Psychiat, *29* (5), 663-668.

- Berge, J., Patterson, J. & Rueter, M. (2006). Marital satisfaction and mental health of couples with children with chronic health conditions. [Abstract]. Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare, 24 (3), 267-285.
- Berk. L. (2004) Desarrollo del niño y del adolescente. Madrid: Editorial Prentice Hall.
- Betschart, J. (2005). Understanding emotional and psychological considerations of children with diabetes: Tips for School Nurses. School Nurse News. 6-8
- Bienvenu, OJ. & Eaton, WW. (1998). The epidemiology of blood-injection-injury phobia. Psychol Med, 28 (5), 1129-1136.
- Bijstra, J., Mellenbergh, G. & Wolters, W. (2000). Social Functioning in children with a chronic illness. J. Child Psychol. Psychiat, 41 (3), 309-317.
- Bilbeny, M. Droguett, C. & Droguett, S. (1994). La Familia y el impacto de la diabetes: Una aproximación sistémica. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad Gabriela Mistral, Santiago, Chile.
- Blanz, B., Rensch-Riemann, B., Fritz-Sigmund, D. & Schmidt, M. (1993). IDDM is a risk factor for adolescent psychiatric disorders. Diabetes Care, 16 (12), 1621-1623
- Boeree, G. (2001). Teorías de la personalidad Erick Erikson. Descargado el 23 de Febrero de 2007 de <http://webpace.ship.edu/cgboer/eriksonesp.html>
- Brown, B., Bonello, R. & Pollard, H. (2005). The biopsychosocial model and hypothyroidism. Chiropractic & Osteopathy, 13(5).
- Bussing, R. & Aro, H.(1996). Youth with chronic conditions and their transition to adulthood: Finding from a Finnish cohort study. Archives of Pediatric Adolescent Medicine, 150, 181-186.

- Cáceres, C. & Collado, R. (1994). Estandarización del cuestionario de depresión infantil (CDI), versión adaptada de Coggiola y Guillon, a la población escolar de ambos sexos, de 8 a 14 años, del Gran Santiago. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Caballero, E. & Fernández, P. (2006) La familia en el entorno de los cuidados críticos. Descargado el 25 de Mayo de 2007 de <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm>
- Cambiaso, C. & Vilaseca, M. (1992). Adaptación y Estandarización del Inventario de ansiedad estado-rasgo para niños de 9 a 12 años (STAIC) de la Provincia de Santiago. Tesis para optar al título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Capponi, R. (1995). Psicopatología y semiología psiquiátrica (2º Edición). Santiago: Editorial Universitaria.
- Carrasco E. & Campos, S. (1990) Los contextos de una enfermedad: Terapia sistémica en los problemas psicosomáticos. Sistemas Familiares, 6 (2), 9-14
- Carrasco, E., Angel, B., Corner, E., García, D., Ugarte, F., Brussone, ME. & Pérez, F. (2006). Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en Santiago de Chile: análisis por comunas de la región metropolitana en el periodo 2000-2004. Revista Médica de Chile, 134, 1258-1264.
- Casarejos, A. & Reveco, M. (1989). Estandarización de la escala de desarrollo psicosocial de Rene Zazzo y Marie Claude Hurting en niños de 6 y 8 años de edad. Memoria de título para optar al grado de Licenciado en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Comer Children's Hospital. (2006). La diabetes tipo 1. Descargado el 24 Julio, 2006 de <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S05081>

- Comisión Nacional de la Familia (1992). Servicio Nacional de la Mujer: Informe Comisión Nacional de la Familia. Santiago: Sernam.
- Connell, A. & Goodman, S. (2002) The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a meta-analysis. Psychol Bull, 128(5), 746-773.
- Contreras, C. (2004). Diagnostico y clasificación de la diabetes mellitus. En C. Contreras (Ed), Diabetes mellitus (2° edición, pp. 20-36). Santiago: Mediterraneo.
- Contreras, C. (2004). Insulinoterapia. En C. Contreras (Ed), Diabetes mellitus (2° edición, pp. 162-185). Santiago: Mediterraneo.
- Contreras, C. (2004). Descompensación aguda de la diabetes mellitus. En C. Contreras (Ed), Diabetes mellitus (2° edición, pp. 186-200). Santiago: Mediterraneo.
- Costello, E., Angold, A. & Keeler, G. (1999). Adolescent outcomes of childhood disorders: the consequences of severity and impairment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 38 (2), 121-128
- Costello, E., Mustillo, S. Alaaattin, E., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Archives of general psychiatry. 60, 837-844
- Cova, F., Maganto, C. & Melipillan, R. (2005). Adversidad Familiar y desarrollo de trastornos internalizados y externalizados en preadolescentes. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 43 (4), 287-296.
- Cova, F., Maganto, C. & Melipillan, R. (2005). Genero, adversidad familiar y síntomas emocionales en preadolescentes. Psykhé, 14 (1), 227-232.
- Cubillos, M. & Neira, R. (1991). Estandarización de la escala de desarrollo psicosocial de R. Zazzo y M.C. Hurting en una muestra de niños escolares de 10 a 12 años de edad del Área Metropolitana. Tesis para optar al grado de Licenciado en

Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Chile, Ministerio de Salud. (2002). Hacia un nuevo modelo de gestión en salud. Santiago: Minsal.

Chile, Ministerio de Salud. (2004). Protocolo Auge Diabetes Mellitus Tipo 1. Santiago: Minsal.

Chile, Ministerio de Salud. (2005). Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 1. Santiago: Minsal.

Dadds, M., Seinen, A., Roth, J. & Harnett, P. (2000). Early intervention for anxiety disorders in children and adolescents. Adelaide: The Australian Early Intervention Network for mental health in young people.

Dantzer, C., Swendsen, J., Maurice-Tison, S. & Salamon, R. (2003). Anxiety and depression in juvenile diabetes: A critical review. Clinical Psychology Review, 6, 787-800.

Diaz, J. (2007). Tratamiento psicológico en el niño/adolescente diabético. Descargado el 1 de Mayo de 2007 de <http://www.paidopsiquitria.com/modules.php?name=psicoped&file>

Dios, C., Avedillo, C., Palao, A., Ortiz, A. & Agud, JL. (2003). Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional de adolescentes diabéticos. The European Journal of Psychiatry, 17(3), 171-182.

Dorr, A. (2004). Aspectos centrales del desarrollo de la personalidad en el niño de etapa escolar. Descargado el 13 de Marzo de 2007 de <http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2004/medicina/etapaescolar>

Dueñas, JR. (2006). Cuidados de enfermería en la diabetes. Descargado el 25 de Julio del 2006 de <http://www.terra.es/personal/duenas/2.html>

- Ellis, DA., Podolski, CL., Frey, M., Naar-king, S., Wang, B. & Moltz, K. (2007). The role of parental monitoring in adolescent health outcomes: Impact on regimen adherence in youth with type 1 diabetes. J pediatr Psychol.
- Engel, GL. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 129-135.
- Essex, M.J., Klein, M.H., Cho, E., & Kraemer, H.C. (2003). Exposure to maternal depression and marital conflict: Gender differences in children's later mental health symptoms. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, 728-737.
- Faulker, MS. & Chang LI. (2007). Family influence on self-care, quality of life, and metabolic control in school-age children and adolescents with type 1 diabetes. J Pediatr Nurs, 22 (1), 59-68.
- Federación Mexicana de Diabetes (2007). Ansiedad y diabetes. Descargado el 5 de Mayo de 2007 de <http://www.fmdiabetes.com/www/vidaoptima/consejos.asp?Id=200>
- Fischman, P. (1995). Modelo biopsicosocial- evolutivo en psiquiatría. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 24, 86-91
- Florez, A. (2001). En diabetes: la clave es quererse y creer en sí mismo. Diabetes control y prevención, 2(2), 1-4.
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (1993). Desarrollo psicosocial Infantil. Santiago: Autor.
- Frey, M., Guthrie, B. Loveland-Cherry, C., Soo Park, P. & Foster, C. (1997). Risky behavior and risk in adolescents with IDDM. Journal of Adolescent Health, 20 (1), 38-45.
- Fritsh, R., Montt, M., Solfs, Pilowsky, D. Rojas G. (2007) ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria?.

Rev. méd. Chile,135, (5), 602-612.

Fristad, M., Goldberg-Arnold, J. & Gavazzi, S. (2003). Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. Journal of Marital and Family Therapy, 29(4), 491-504.

Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R., Cruz, C. & Weil, C. (2003). Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 41 (2) ,103-109.

Fundación diabetes Juvenil de Chile (2006) Aumento de la diabetes Juvenil en Chile. Descargado el 24 de Julio 2006 de <http://www.diabeteschile.cl/estadisticas/index.html>

Gallo, AM., Breitmayer, BJ., Knafl, KA. & Zoeller, LH. (1993). Mother's perceptions of sibling adjustment and family life in childhood chronic illness. Journal of Pediatrics Nursing, 8 (5), 318-324.

Gallo, AM., Breitmayer, BJ., Knafl, KA. & Zoeller, LH. (1992). Well siblings of children with chronic illness: parent's reports of their psychologic adjustment. Pediatric Nurs, 18(1), 23-27.

García, R (2003). Trastornos del estado de ánimo. En C. Almonte, M. Montt & A. Correa. Psicopatología Infantil y de la Adolescencia (pp. 369-381).Santiago: Mediterráneo.

García, M. (2000). El sistema informal de atención en salud. Descargado el 19 de Mayo, 2007 de http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias

García Nieto, R. (2004) Estudio sobre el ambiente familiar de una muestra de pacientes psicóticos. Informaciones Psiquiátricas, cuarto trimestre, 178. Descargado el 20 de Mayo, 2007, de http://www.revistahospitalarias.org/info_2004/04_178_04.htm

- García de los Ríos, M. (1992). Diabetes Mellitus. Santiago: Editorial Arancibia Hnos.
- Gasulla, JM. (2005). Crítica y alternativa formal al modelo biopsicosocial de enfermedad según Engel. Interpsiquis. Descargado el 1 de Junio, 2006 de <http://www.psiquitria.com/articulos/psicosomatica/19189/>
- Getch, Y., Bhukhanwala, F. & Neuharth-Pritchett, S. (2007) Strategies for helping children with diabetes in elementary and middle schools. Teaching exceptional children, 39 (3), 46-51.
- Goodman, S. & Gotlib, I. (1999) Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. Psychological Review, 106(3) 458-490.
- Goodman, SH. (2007) Depression in mothers. Annu Rev Clin Psychol. 3, 107-35
- Gorostegui, M.E. (1992). Adaptación y construcción de normas de la escala de autoconcepto para niños de Piers-Harris. Tesis para optar al título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- González, F. (2004). Hipertensión arterial en el paciente diabético. En C. Contreras (Ed), Diabetes mellitus (2° edición, pp. 240-258). Santiago: Mediterráneo.
- González, F. (2004). Nefropatía diabética. En C. Contreras (Ed), Diabetes mellitus (2° edición, pp. 259-292). Santiago: Mediterráneo.
- Green, L., Free, M. & Catalan, J. (2000) Fears and phobias in people with diabetes. Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 16 (4), 287-293.
- Grey, M., Whittemore, R. & Tamborlane, W. (2002). Depression in type 1 diabetes in children: natural history and correlates. Journal of Psychosomatic Research, 53(4), 907-911.

- Grupp-Phelan, J., Wade, T.J., Pickup, T., Ho, M.L., Lucas, C.P., Brewe, D.E. & Kelleher, K.J. (2007). Mental health problems in children and caregivers in the emergency department setting. J Dev Behav Pediatr, 28 (1), 16-21.
- Grupo de diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. (2000). Niños y Adolescentes. Descargado el 24 de Julio 2006 de <http://www.cica.es/~samfyc/nino.htm>
- Grupo de diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. (2000). Abordaje Familiar. Descargado el 15 de Abril, 2007 de <http://www.cica.es/~samfyc/nino.htm>
- Guerrero, F. (2004). Compromiso ocular en la diabetes mellitus. En C. Contreras (Ed), Diabetes mellitus (2º edición, pp. 328-358). Santiago: Mediterraneo.
- Halvorson, M. & Carpenter, S. (2005). Unique challenges for pediatric patients with diabetes. Diabetes Spectrum, 18, 167-173.
- Hanna KM, Guthrie D.(2000) Adolescents' perceived benefits and barriers related to diabetes self-management--Part 1. Issues Compr Pediatr Nurs, 23(3), 165-74.
- Haquin, C., Larraguibel, M. & Cabezas, J. (2004) Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. Rev. chil. Pediatr, 75, (5), 425-433.
- Hatun, S., Kaya, B., Yilmaz, T., Salman, S., Saglam, Z., Sargin, M., Sengul, A., Salman, F. & Yilmaz, Y. (1999). Psychosocial influence of IDDM on children and young patients. Journal of Medical Sciences, 29, 175-176.
- Harter, M., Couadau, M., Isse Sayegh, M., Albrenques, P., Fenichel, P., Irondelle, P., Strulo, S., Kozlowski, J.M. & Viard, R. (1984). The diabetic and his psychological dimension. Journ Annu Diabetol Hotel Dieu, 287-306.

- Harrington, R. (2004). Affective Disorders. En M. Rutter & E. Taylor (Eds.), Child and adolescent psychiatry (4ª edición, pp. 463-485). Londres: Blackwell.
- Harrison, C., Dadds, M. & Smith, G. (1998). Family caregiver's criticism of patients with schizophrenia. Psychiatric Services, 49, 918-924.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). Metodología de la investigación (1ra ed.). México: MacGraw-Hill
- Hercovici, CR. (2002). Aplicación del enfoque bio-psico-social a la enfermedad crónica infantil. Sistemas Familiares, 18(1-2), 88- 100.
- Hirsch, A. & Woods-Buggeln, S. (2007). Como ayudar a su hijo-Guía para padres. Info diabetes, clínica diabetológica Dr. Antuña de alaiz, Descargado el 23 Febrero, 2007 de <http://www.clinidiabet.com/es/infodiabetes/educacion/viviendo/infant>
- Hood, K. Huestis, S. Maher, A. Butler, D. Volkening, L. & Laffel, L. (2006). Depressive symptoms in Children and adolescents with type 1 diabetes: association with diabetes-specific characteristics. Diabetes Care, 29(6), 1389-1391.
- Hollidge, C. (2001). Psychological adjustment of siblings to a child with diabetes. Health & Social Work, 26(1), 15-25.
- Horwitz, N. (1991). Sistema de apoyo social (y familiar) y su medición. En R. Florenzano, N. Horwitz, M. Penna & M. Valdez (Eds.). Temas de salud mental y atención primaria de salud (pp.151-166). Santiago: Facultad de medicina Universidad de Chile.
- Horwitz, N., Florenzano, R. & Ringeling, I. (1985). Familia y salud familiar un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam, 98(2), 144-153.
- Humphreys, D., Ibáñez, C., Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R. & Marchandon, A. (1991, Octubre) Validación preliminar en Chile de una versión abreviada del cuestionario general de salud de Goldberg GHQ-12. Presentado en las XLVI

Jornadas anuales de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago, Chile.

Hurtado, MT. (2001). Programa de actividad física para niños con diabetes mellitus (insulino-dependientes). Memoria para optar al Título de Profesor de Educación Física, Escuela de Educación Física, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

Ibarra, C. & Borcoski, M. (1990) Campamento de verano: Un nuevo recurso de apoyo a niños diabéticos. Horizonte de Enfermería, 1, 33-36.

Jacqueminet, S., Masseboeuf, N., Rolland, M., Grimaldi, A. & Sachon, C. (2005). Limitations of the so-called “intensified” insulin therapy in type 1 diabetes mellitus. Diabetes Metab, 31(4 Pt 2), 4S45-4S50.

Jacobson, A., Hauser, S. & Wertlieb, D. (1986). Psychological adjustment of children with recently diagnosed diabetes mellitus. Diabetes Care, 9, 323-329.

Jadue, G. (1999). Hacia una mayor permanencia en el sistema escolar de los niños en riesgo de bajo rendimiento y de deserción. Estudios Pedagógicos, 25, 83-90.

Jara, C., Maddaleno, M., Florenzano, R. & Salazar, D. (1989). Instrumento de evaluación del funcionamiento familiar: Diferencias entre adolescentes consultantes en el nivel primario y población escolar. Bol Hosp. “SJ de Dios”, 36 16-20.

Jiménez Hernández, M. (2000). Las relaciones interpersonales en la infancia. (1ra ed.) Málaga: Ediciones Aljibe

Juvenile diabetes research foundation international . (2006). Helping your child or teen live with type 1 diabetes. Descargado el 10 de Abril 2007 de http://www.jdrf.org/index.cfm?page_id=103523

- Katon, W., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., Simon, G., Ludman, E., Walker, E., Bush, T. & Young, B. (2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. Diabetes Care, *27*, 914-920.
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T., Taylor, A., Pawlby, S. & Caspi, A. (2005) Maternal Depression and Children's Antisocial Behavior. Archives of General Psychiatry, *62*, 173-181.
- Kim, E. & Miklowitz, D. (2004). Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. Journal of Affective Disorders, *82*, 343-352
- Kinch, J. (1963). A formalized theory of the self-concept. The American Journal of Sociology, *68*, 481-486.
- Klein, R. & Pine, D. (2004) Anxiety Disorders. En M. Rutter & E. Taylor (Eds.), Child and adolescent psychiatry (4° edición, pp. 486-509). Londres: Blackwell.
- Koenigsberg, H., Klausner, E., Pelino, D., Rosnick, P. & Campbell, R. (1993). Expressed emotion and glucose control in insulin-dependent diabetes mellitus. American Journal of Psychiatry, *150* (7), 1114-1115.
- Kornblit, A. (1984). Somática Familiar. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Kovacs, M., Iyengar, S., Goldston, D., Steward, J., Obrosky, D. & Marsh, J. (1990). Psychological functioning of children with insulin-dependent diabetes mellitus: a longitudinal study. Journal Pediatric Psychology, *15* (5), 619-632
- Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D., & Bonar, L. (1997). Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. Diabetes Care, *20* (1), 36-44.

- Kowatch, R., Emslie, G. & Kennard, B. (1998). Trastornos del estado del ánimo. En D. Parmelee (Ed.), Psiquiatría del niño y del adolescente. (pp.121-140) España: Harcourt Brace.
- Kubler-Ross, E. (1969). On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy, and Their Own Families .New York: Macmillan.
- Krulik, T., Turner-Henson, A., Kanematsu, Y., al-Maáitah, R., Swan, J. & Holaday, B. (1999). Parenting stress and mothers of young children with chronic illness: a cross-cultural study. J Pediatr Nurs, 14 (2), 130-140.
- Kulaylat, NA. & Narchi, H. (2001). Clinical picture of childhood type 1 diabetes mellitus in the Eastern Providence of Saudi Arabia. Pediatric Diabetes, 2 (1), 43-47.
- La Greca, A. (1990). Social consequences of pediatric conditions: Fertile area for future investigation and intervention? Journal of Pediatrics Psychology, 15, 285-307.
- La Greca, A., Swales, T., Klemp, S., Madigan, S. & Skyler, J. (1995). Adolescents with diabetes: gender differences in psychosocial functioning and glycemic control. Child Health Care, 24, 61-78.
- Ladrón, E., Alcalde, S. & de la Viña, P. (2000). Depresión infantil. Un estudio en la provincia de Soria. Descargado el 11 de Septiembre del 2007 de <http://www.ome-aen.org/norte/14/n14031034.pdf>
- Landolt, MA., Ribí, K., Laimbacher, J., Vollrath, M., Gnehm, HE. & Sennhauser, FH. (2002). Posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type 1 diabetes. Journal of Pediatric Psychology, 27(7), 647-652.
- Landolt, MA., Vollrath, M., Ribí, K., Gnehm, HE. & Sennhauser, FH. (2003). Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in pediatric patients. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44(8), 1199-1207.

- Landolt, MA., Vollrath, M., Laimbacher, J., HE. & Sennhauser, FH. (2005). Prospective study of posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type 1 diabetes. Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44 (7), 682-689.
- Lawrence, JM., Standiford, DA., Loots, B., Klingensmith, GJ., Williams, DE., Ruggiero, A., Liese, AD., Bell, RA., Waitzfelder, BE. & Mckeown, RE. (2006). Prevalence and correlates of depressed mood among youth with diabetes: the search for diabetes in youth study. Pediatrics, 117 (4), 1348-1358.
- Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C. & Hodes, M. (1992). Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. Journal of family therapy, 14, 177-192.
- León. L. (2004) Desarrollo del niño y del adolescente. Madrid: Editorial Prentice Hall.
- León, O. & Montero, I. (2003) Métodos de investigación en psicología y educación. Madrid: Editorial Mc Graw Hill.
- Leonard, BJ., Jang, YP., Savik, K. & Plumbo, MA. (2005). Adolescents with type 1 diabetes: family functioning and metabolic control. J Fam Nurs, 11 (2), 102-121.
- Lernmark, B., Persson, L., Fisher, L. & Rydelius, P. (1999) Symptoms of depression are important to psychological adaptation and metabolic control in children with diabetes mellitus. Diabetic Medicin, 16, 14-22.
- Lewis, M. (1991) Child and adolescent Psychiatry. USA: Williams and Wilkins.
- Liakopoulou, M., Alifieraki, T., Katideniou, A., Peppas, M., Maniati, M., Tzikas, D., Hibbs, ED. & Dacou- Voutetakis, C. (2001). Maternal expressed emotion and metabolic control of children and adolescents with diabetes mellitus. Psychotherapy and Psychosomatics, 70 (2), 78-85.

- Littlefield, Ch., Craven, JL., Rodin, GM., Daneman, D., Murray, MA. & Rydall, AC. (1992). Relationship of self-efficacy and bingeing to adherence to diabetes regimen among adolescents. Diabetes Care, 15(1), 90-94.
- Lucio, E., Alcántara, Y., Tapia, B., Duran, C. & Calzada, R. (2003). Personalidad y autoestima del adolescente que padece diabetes mellitus insulino-dependiente. Boletín Médico Hospital Infantil Mexicano, 60 (2), 173-183
- Maddaleno, M., Horwitz, N., Jara, C., Florenzano, R., & Salazar, D. (1987). Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. Rev Chil Pediatr, 58, 246-249
- Maronian, S., Villa, G., Roberts, J. & Mouren-Simeoni, M.(1999). Troubles DSM-IV, equilibre metabolique et complications somatiques dans le diabete insulino-dependant de l'enfant et de l'adolescent. Ann Med Psychol (Paris), 157 , 320 –331
- Martínez, M., Lastra, I. & Luzuriaga, T. (2002). Características psicosociales de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. Anales Pediatría, 55 (5), 406-412.
- Martínez, V. (2000). Sintomatología depresiva en adolescentes: estudio de una muestra de alumnos de la zona sur de Madrid Capital. Revista científica electrónica de psicología, 3, 224-237.
- Martínez, M., Lastra, I. & Luzuriaga (2002). Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en niños y adolescentes. Informaciones Psiquiátricas. Cuarto Trimestre. N° 170
- Mcarthy, AM., Lindaren, S., Mengueling, MA., Tsalikin, E. & Engvall, JC. (2002). Effects of diabetes on learning in children. Pediatrics, 109(1), E 9.
- McCarty, CA. & Weisz, JR. (2002). Correlates of expressed emotion in mothers of clinically-referred youth: an examination of the five-minute speech sample. J Child Psychol Psychiatry, 43 (6), 759-768.

- McCarty, CA., Lau, AS., Valeri, SM. & Weitsz, JR. (2004). Parent-child interactions in relation to critical and emotionally overinvolved expressed emotion (EE): is EE a proxy for behavior?. J Abnorm Child Psychol, 32 (1), 83-93.
- McClellan, C.& Cohen, L. (2007). Family functioning in children with chronic illness compared with healthy controls: a critical review. J Pediatr, 150(3), 221-223.
- McLeod B., Wood J. & Weisz J. (2007) Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 27, 155-172
- McConnell, EM., Harper, R., Campbell, M. & Nelson, JK. (2001) Achieving optimal diabetic control in adolescence: the continuing enigma. Diabetes Metab Res Rev,17(1), 67-74.
- Merino, S. (2004). Calidad de vida de los cuidadores familiares que cuidan niños en situaciones de enfermedad crónica [Versión electrónica]. Avances en enfermería, 23 (1), 39-46.
- Minoletti, A. & López, C. (1997). Las enfermedades mentales en Chile: magnitud y consecuencias. Santiago, Chile.
- Miklowitz, D. (2004). The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: A developmental psychopathology view. Development and Psychopathology, 16, 667-688
- Miklowitz, D., Wisniewski, S., Miyahara, S., Otto, M. & Sachs, G. (2005). Perceived criticism from family member as a predictor of one year course of bipolar disorder. Psychiatry Research, 136,101-111
- Minuchin, S., et al (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: family organization and family therapy. Arch.Gen.Psychiatry, 32, 1035-1038.

- Montenegro, H., Bralic, S., Edwards, M., Izquierdo, T. & Maltes, S. (1983). Salud Mental del Escolar estandarización del inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de T. Achenbach. Santiago: CIDE.
- Montt, ME. (2003). Sistema escolar y desarrollo psicosocial. En C. Almonte, M. Montt & A. Correa. Psicopatología Infantil y de la Adolescencia (pp. 62-78). Santiago: Mediterráneo
- Mora, T., Martínez, M. & Rosel., J. (2000). Métodos de medición de la Salud mental en la tercera edad. I Congreso Hispano-Portugués de Psicología: Hacia una psicología integradora. Descargado el 12 de octubre de 2007 de http://www.fedap.es/congreso_santiago/trabajos/c339.htm
- Morín, J., Marfán, J. & Icaza, B. (1997). Conversemos de sexualidad. Santiago: CIDE.
- Moreno, M. (2006). Depresión y diabetes [Versión electrónica]. Revista Diabetes Control, 32.
- Moussa, MA., Alsaeid, M., Abdella, N., Refai, TM., Al Sheikh, N. & Gomez, JE. (2005). Social and psychological characteristics of Kuwaiti children and adolescents with type 1 diabetes. Social Science and Medicine, 60 (8), 1835-1844.
- Mrazek, D. (2004). Psychiatric aspects of somatic disease and disorders. En M. Rutter & E. Taylor (Eds.), Child and adolescent psychiatry (4° edición, pp. 810-827). Londres: Blackwell.
- Munguía, AM. (2005). Patología Psiquiátrica en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1, manejados por consulta externa en el Instituto nacional de pediatría. Tesis de Postgrado para médico especialista en psiquiatría, Facultad de medicina, Universidad La Salle, México.

- Muñoz, E. & Vargas, M. (2004). Proceso de construcción de identidad de adolescentes enfermos crónicos: Un relato de vida. Memoria de título para optar al grado de Licenciado en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
- Mussatto, K. (2006). Adaptation of the child and family to life with chronic illness. Cardiol Young, 16 (3), 110-116.
- Navarro, J. (2004). Enfermedad y familia. Barcelona: Paidós.
- Nielsen S, Emborg C, Molbak AG. (2002). Mortality in concurrent type 1 diabetes and anorexia nervosa. Diabetes Care, 25, 309-12.
- Norrby, U., Nordholm, L., Andreson-Gare, B. & Fasth, A. (2006). Health-related quality of life in children diagnosed with asthma, diabetes, juvenile chronic arthritis or short stature. Acta Paediatrica, 95 (4), 450-456.
- Northam, P., Anderson, R., Adler, G., Wherther, G. & Warne, G. (1996). Psychosocial and family functioning in children with insulin-dependent diabetes at diagnosis and one year later. Journal of Pediatric Psychology, 21 (5), 699-717.
- Oñate, MP. (1989). El autoconcepto. Madrid: Narcea Ediciones.
- Osorio, N. (2004). Etiopatogenia de la diabetes mellitus tipo 1. En C. Contreras (Ed), Diabetes mellitus (2º edición, pp. 37-50). Santiago: Mediterraneo.
- Oyarsún, A., Santos, JL., Carrasco, E., Albala, C., Salinas, A. & Pérez, F. (2003) Anticuerpos anti-albúmina bovina (BSA) en niños diabéticos tipo 1 recién diagnosticados y su asociación con lactancia materna y exposición a leche de vaca. Rev. méd. Chile, 131(8), 865-872.

- Palmer, D., Berg, C., Wiebe, D., Beveridge, R., Korbel, C., Upchurch, R., Swinyard, M., Lindsay, R. & Donaldson, L. (2004). The role of autonomy and pubertal status in understanding age differences in Maternal Involvement in diabetes responsibility across adolescent. Journal of Pediatric Psychology 29(1), 35-46
- Pereira, MG. (2005). Evolution of the biopsychosocial model in the practice of family therapy. International Journal of Clinical and Health Psychology, 6(2), 455-467.
- Phipps, S. & Steele, R. (2002). Repressive adaptive style in children with chronic illness. Psychosomatic Medicine, 64(1), 34-42.
- Pilowsky, D., Priya, J., Wickramaratne, A., Rush, J., Hughes, C., Garber, J., Malloy, E., King, Ch., Cerda, G., Bela, A., Alpert, J., Wisniewski, S., Madhukar, T., Talati, A., Carlson, M., Hong, L., Fava, M. & Weissman, M. (2006) Children of Currently Depressed Mothers: A STAR*D Ancillary Study. The Journal of clinical psychiatry, 67 (1), 126-136.
- Pomerantz, E. M., & Eaton, M. M. (2000). Developmental differences in children's conceptions of parental control: "They love me, but they make me feel incompetent." Merrill Palmer Quarterly, 46, 140-167.
- Psychogiou, L., Daley, M., Thompson, MJ, Sonuga-Barke EJ (2007) Mothers' expressed emotion toward their school-aged sons : Associations with child and maternal symptoms of psychopathology. Eur Child Adolesc Psychiatry. Sep 17
- Power, T. (2002). Definir el papel de los trabajadores sociales en la atención a la diabetes. Diabetic Voice, 47(4), 41-43.
- Rausch, C. (1995) La enfermedad crónica y la familia. De familias y terapias, 5, 11-15.
- Ramírez, C., Méndez, E., Barrón, F., Riquelme, H. & Cantú, R. (2000). Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil. Descargado el 23 de Abril, 2007 de <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/Funcionalidad%20familiar.pdf>

- Retamales, J., Behn, V. & Merino, JM. (2004) Funcionamiento familiar de trabajadores-jefes de hogar en sistema de turnos de una empresa de Talcahuano. Cienc. enferm.,10 (1), 23-30.
- Rivera, C., Bernal, G. & Rosselló, J. (2005) The Children Depression Inventory (CDI) and the Beck Depression Inventory (BDI): Their validity as screening measures for major depression in a group of Puerto Rican adolescents. International Journal of Clinical and Health Psychology [en línea] descargado el 14 de septiembre de 2007 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33705305>
- Rodin, GM. & Daneman, D. (1992). Eating disorders and IDDM. A problematic association. Diabetes Care, 15(10), 1402-1412
- Rodigue, JR., Geffken, GR., Clark, JE., Hunt, F. & Fishel, P. (1994). Parenting satisfaction and efficacy among caregivers of children with diabetes. Child health Care, 23 (3), 181-191.
- Rogosch, FA., Cicchetti, D. & Toth, SL. (2004) Expressed emotion in multiple subsystems of the families of toddlers with depressed mothers. Dev Psychopathol, 16 (3), 689-709.
- Rona, E.& Vargas, L. (1992). Problemas psicológicos en la familia del niño con cáncer. Rev. Chil. Pediatr, 63 (4), 222-229.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Schirop, T. & Klapp, B. (2002). The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. Diabetes Care, 25 (1), 35-43.
- Rossmann, B. (1991). El desarrollo familiar y el impacto de la enfermedad crónica de un hijo. En C. Falicov (Comp.), Transiciones de la familia (pp. 405- 428). Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Rozados, R. (2006, Julio 12). ¿Tiene UD depresión?. Descargado el 28 de Julio, 2006 de <http://www.depresion.psicomag.com/diabetes.php>
- Rozas, M. (2002). Percepción de funcionamiento familiar en hijos de padres bipolares: Estudio comparativo. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad José Santos Ossa, 4, 77-84
- Rutter, M. & Taylor, E. (Eds.). (2004). Child and Adolescent Psychiatry. (4 edición). Gran Bretaña: Blackwell
- Salvador, M. (2004). Factores Psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. Revista Psykhe, 13(1), 21-31
- Sandín, B. (1997). Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid: Dykinson.
- Santos, DN., Almeida-Filho, N., Cruz, SS., Souza Sdos, S., Santos, EC., Barreto, ML. & Oliveira, IR. (2006). Mental disorders prevalence among female caregivers of children in a cohort study in Salvador, Brazil. Rev Bras Psiquiatr, 28 (2), 111-117.
- Saura, P. (1995). La educación del autoconcepto: cuestiones y propuestas. Murcia: Universidad de Murcia Servicio de publicación.
- Schilling, L, Knafl K, Grey M.(2006) Changing patterns of self-management in youth with type I diabetes. J Pediatr Nurs, 21(6):412-24.
- Schiffrin, A. (2001). Psychosocial issues in pediatric diabetes. Current Diabetes Report, 1(1), 33-40.
- Schmidt, C. (2003). Mothers' perceptions of self-care in school-age children with diabetes. MCN Am J Matern Child Nurs, 28 (6), 362-370.
- Schmidt, C. (2007) Self-care in children with type 1 diabetes: a survey of mothers. MCN Am J Matern Child Nurs, 32 (4), 223-229.

- Seaburn, D., Lyness, J., Eberly, S. & King, D. (2005). Depression, perceived family criticism, and functional status among older, primary-care patients. Am J Geriatr Psychiatry, 13, 766-772.
- Segal, H. (1987). Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós
- Segura, C. & Valdivia, C. (1995). Estudio exploratorio-descriptivo-comparativo a través del Test de Rorschach de las características de personalidad en adolescentes diabéticos insulino-dependientes. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Seppanen, SM., Kyngas, HA. & Nikkonen, MJ. (1999). Coping and social support of parents with a diabetic child. Nurs Health Sci, 1 (1), 63-70.
- Shaffer (2000). Desarrollo social y de la personalidad. Madrid: Thomson
- Sienra- Monge, JJ., Del Río, B., Álvarez, M., Blandon, V. & Gómez, R. (2004). Calidad de vida del cuidador del niño asmático. Gaceta médica de México, 140 (2)
- Silva, M. (2004). Epidemiología de la diabetes mellitus. En C. Contreras (Ed), Diabetes mellitus (2° edición, pp. 13-19). Santiago: Mediterraneo.
- Silverstein, J., Klingensmith, G., Copeland, K. & Plotnick, L. (2005). Care of children and adolescents with type 1 diabetes: A statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care, 28 (1), 186-213.
- Smith, R. (2002). The Biopsychosocial Revolution. Journal of General Internal Medicine, 17 (4), 309-310.
- Snethen, J., Broome, M., Kelber, S. & Warady, B. (2004). Coping strategies utilized by adolescent with end stage renal disease. Nephrology Nursing Journal, 31 (1), 41-49.

- Snoek, F. & van Ballegooie, E. (2004). Diabetes y atención psicosocial: que dicen las recomendaciones. Diabetes Voice, 49, 28-30.
- Solana, A. (2005) Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. Oncología (Barc.), 28(3), 51-57.
- St Jonn-Seed M, Weiss S., (2002) Maternal expressed emotion as a predictor of emotional and behavioral problems in low birth weight children. Issues Ment Health Nurs, 23(6), 649-72.
- Stallwood, L. (2005). Influence of caregiver stress and coping on glycemic control of young children with diabetes. J Pediatr Health Care, 19 (5), 293-300.
- Strandmark, M. (2004) Ill health is powerlessness: a phenomenological study about worthlessness, limitations and suffering. Scand J Caring Sci.,18(2), 135-44.
- Steketee, G., Iam, JN, Chambless, DL., Rodebaugh, TL., McCullouch, CE.(2007). Effects of perceived criticism on anxiety and depression during behavioral treatment of anxiety disorders. Behav Res Ther, 45 (1), 11-19.
- Stewart, SM., Rao, U. & White, P. (2005). Depression and diabetes in children and adolescents. Current Opinion in Pediatrics, 17(5), 626-631.
- Stoppelbein, L. & Greening, L. (2007). Brief report: the risk of posttraumatic stress disorder in mothers of children diagnosed with pediatric cancer and type 1 diabetes. Journal of Pediatric Psychology, 32 (2), 223-229.
- Storch, EA. (2004). Kids with diabetes and others endocrine disorders face more bullying than others. UF News en internet. Descargado el 20 de Julio, 2006 de <http://www.napa.ufl.edu/2004news/bullying.htm>
- Storch, EA., Lewin, AB., Silverstein, JH., Heidgerker, AD., Strawser, MS., Baumeister, A. & Geffken, GR. (2004). Peer victimization and psychosocial adjustment in children with type 1 diabetes. Clinical Pediatrics, 43(5), 467-471.

- Storch, EA., Lewin, AB., Silverstein, JH., Baumeister, A., Strawser, MS. & Geffken, GR. (2005). Psychological adjustment of children with short stature: a comparison of clinic-referred children with short stature and type 1 diabetes mellitus. Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism, 18 (4), 395-401.
- Streissand, R., Swift, E., Wickmark, T., Chen, R. & Holmes, C. (2005). Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: The role of self-efficacy, responsibility, and fear. Journal of Pediatric Psychology, 30 (6), 513-521.
- Sullivan- Bolyai, S., Deatrck, J., Gruppuso, P., Tamborlane, W. & Grey, M. (2002). Mother's experiences raising young children with type 1 diabetes. J Spec Pediatr Nurs, 7 (3), 93- 103.
- Sullivan- Bolyai, S., Deatrck, J., Gruppuso, P., Tamborlane, W. & Grey, M. (2003). Constant vigilance: mothers' work parenting young children with type 1 diabetes. J Pediatr Nurs, 18 (1), 21-29.
- Sullivan-Bolyai, S., Rosenberg, R. & Bayard, M. (2006). Fathers' reflections on parenting young children with type 1 diabetes. MCN Am J Matern Child Nurs, 31 (1), 24-31.
- Surwit, R. (2002). Diabetes tipo 2 y estrés. Dietes voice, 47 (4), 38-40.
- Taaffe, K., Minkovitz, C., Strobino, D., Marks, E & Hou, W. (2006). Maternal Depressive Symptoms at 2 to 4 Months Post Partum and Early Parenting Practices, Arch Pediatr Adolesc Med, 160, 279-284.
- Tapia, C. (1999). Depresión. En Trastornos del animo en la infancia y adolescencia. Encuentro organizado por la asociación de psicólogos infanto-juveniles.

- Taylor, CB., Bryson, S., Celio Doyle, AA., Luce, K., Cuning, D., Abascal, LB., Rockwell, R., Field, AE., Striegel-Moore, R., Winzelberg, AJ. & Wilfley, DE. (2006). The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. Pediatrics, 118 (2), 731-738.
- Tsao JC, Meldrum M, Kim SC, Zeltzer LK. (2007) Anxiety sensitivity and health-related quality of life in children with chronic pain. J Pain, 8(10), 814-23. 5.
- Torres, P. (2004). Familia y enfermedades médicas crónicas. Descargado el 15 de Abril, 2007 de <http://www.dramaterapia.cl/dt/?action=show&type=news&id=27>
- Trucco, M., Larraín, S. & Campusano, M. (1979) Estudio de un cuestionario para detectar desordenes emocionales: validación preliminar. Rev Chilena de Neuropsiquiatria, 17, 20-26.
- Tsamparli,A. & Kounenou, K. (2004). The Greek family system when a child has diabetes mellitus type 1. Acta Pediatr, 93, 1646-1653.
- Valdés, M. & Florenzano, R. (2006). Evaluación de funcionalidad familiar: Escalas y cuestionarios. En A. Roizblat (Ed.) Terapia Familiar y de Pareja (pp.113- 126) Santiago: Mediterráneo.
- Valsamma, E., Abdel, A., Sabri, S. & Bin-Othman, S. (2006). A controlled study of psychosocial factors in young people with diabetes in the United Arab Emirates. [Abstract].Annals of the New York Academy of Sciences, 1084, 325-328.
- Vila, G., Nollet-Clemencon, C., Vera, M., Robert, JJ., de Blic, J., Jouvent, R., Mouren-Simenoï, MC. & Sheinmann, P. (1999). Prevalence of DSM –IV Disorders in children and adolescents with asthma versus diabetes. Canadian Journal of Psychiatry, 44, 562-569.

- Wamboldt MZ, Wamboldt FS (2000) Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr, 39(10), 1212-9
- Wearden AJ, Ward J, Barrowclough C, Tarrrier N, Davies R. (2006) Attributions for negative events in the partners of adults with type I diabetes: Associations with partners' expressed emotion and marital adjustment. Br J Health Psychol, 11(1), 1-21
- Weinstein, E. (2006) El dolor: ¿une o desune? (amor y duelo) Descargado el 16 de Abril del 2008 de <http://www.donante.cl/noticias/dolor.htm>
- Whithemore, R., Urban, AD., Tamborlane WV. & Grey, M. (2003). Quality of life in school-aged children with type 1 diabetes on intensive treatment and their parents. Diabetes Education, 29(5), 847-854.
- Wiebe, D., Berg, C., Korbel, C., Palmer, D., Beveridge, R., Upchurch, R., Lindsay, R., Swinyard, M. & Donaldson, D. (2005). Children's appraisals of maternal involvement in coping with diabetes: Enhancing our understanding of adherence, metabolic control, and quality of life across adolescence. Journal of pediatric psychology, 30 (2), 167-178
- Wirlach-Bartosik, S., Schubert, T., Freilinger, M. & Schober E.(2005) Family dynamics and chronic illness: children with diabetes in the context of their families. Klin Padiatr, 217(5), 253-8
- Worrall-Davies, A., Owens, D., Holland, P. & Haigh, D. (2002). The effect of parental expressed emotion on glycemic control in children with type 1 diabetes. Parental expressed emotion and glycemic control in children. J Psychosom Res, 52 (2), 107-113.
- Wysocki, T. (2006). Behavioral assessment and intervention in pediatric diabetes. Behavior Modification, 30 (1), 72-92.

Wysocki, A., Taylor, B., Hough, T., Linscheid, K., Yeates & Naglieri, J. (1996)
Deviation from developmentally appropriate self-care autonomy. Association with
diabetes outcomes. Diabetes Care, Vol 19, (2) 119-125

Zambanini, A., Newson, RB., Maisey, M. & Feher, MD. (1999). Injection related anxiety
in insulin-treated diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice, 46(3), 239-
246.