


ME. PSI
(5)
2001
c.0



MEMORIA DE TITULO

UNIVERSIDAD
GABRIELA MISTRAL

LA UNIVERSIDAD PRIVADA AUTÓNOMA MÁS ANTIGUA

UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL

Departamento de Psicología

**Estudio Descriptivo de la Autoestima en un grupo de
Adolescentes Diabéticos y su influencia en el
Auto-control Metabólico.**

Memoria para optar al Título de Psicólogo

	Nombre	Firma
Autor	: Denise Trajtman J.	_____
Profesor Patrocinante	: Claudia Droguett C.	_____
Profesor Co- patrocinante:		_____
Asesor Metodológico	: Ivan Armijo	_____

Santiago, 2001



Departamento de Psicología

EVALUACION MEMORIA DE TITULO

I IDENTIFICACION

TITULO DE LA MEMORIA “Estudio exploratorio -descriptivo de la Autoestima en un grupo de adolescentes diabéticos y su influencia en el autocontrol”

AUTOR (ES) Denise Trajtman

PROFESOR EVALUADOR: Sra. Claudia Droguett C.

FECHA : Santiago, Abril 02 de 2001

II CONTENIDOS

Evaluación (*)

Asigne una nota de 1 a 7 a cada aspecto presentado

2.1	Originalidad y/o relevancia de la investigación realizada	7.0.-
2.2	Fundamentación teórica, discusión bibliográfica presentada	5.0.-
2.3	Logro de los objetivos planteados en la investigación	6.0.-
2.4	Metodología general utilizada	5.5.-
2.5	Tratamiento de la información recopilada, análisis de resultados	6.0.-
2.6	Conclusiones y reflexiones finales presentadas	7.0.-

III ASPECTOS FORMALES

3.1	Capacidad de integración y síntesis teórica	6.0.-
3.2	Coherencia interna del trabajo presentado	6.0.-
3.3	Estilo de redacción (grado de precisión conceptual, lenguaje académico, etc.)	5.5.-
3.4	Grado de corrección ortográfica y de puntuación	6.5.-
3.5	Presentación formal de la bibliografía y fuentes utilizadas	6.0.-

(*) La nota final de la Memoria no tiene necesariamente que ser un promedio de estas evaluaciones parciales, dado que cada uno de los puntos detallados para los contenidos y los aspectos formales, tienen diferente ponderación para una nota global.

El manejo de la Diabetes es particularmente difícil en la adolescencia, sobre todo por la dificultad de aceptar en este periodo de vida la serie de impedimentos que esta condición genera en sus vidas. Las limitaciones de comida y la regulación de dieta y medicamentos pueden ser vistas en un adolescente diabético como un control por parte de sus padres que “choca” con una edad que tiende a la independencia y autorregulación.

Este tema esta muy de moda en Estados Unidos , no solo desde lo médico sino también en el ámbito de la “Psicología de la salud” . La autora a partir de un estudio de la enfermedad se inserta en la llamada “educación en diabetes “donde en Chile como en el extranjero se intenta prevenir un mal manejo de la enfermedad y aumentar el autocontrol como punto fundamental asociado a la adherencia al tratamiento . El desarrollo en el paciente de actitudes y características que tiendan al autocontrol se centra en diferentes variables, en este caso la autoestima.

Los grandes temas tocados son la autoestima y el autocontrol como variables que se relacionan positivamente en un buen manejo de la enfermedad medidos a partir de los controles metabólicos. Dentro de la discusión bibliográfica las diferentes definiciones de autoestima se describen sin mediar una reflexión personal más bien un resumen que finalmente se concentra en la definición de Coopersmith . Falto incluir dentro de la discusión bibliográfica que característica de la enfermedad influye en la autoestima y que pasa específicamente en la adolescencia con esta variable que hace peligrar el buen manejo.

En la descripción de la enfermedad es novedoso integrar investigaciones recientes como el genoma humano y sus genes protectores aunque se repiten bastante algunos puntos de la enfermedad y hay algunas ideas contradictorias entre las páginas 22 y 23 acerca de la actividad física. Algunas preguntas quedan sin responder; La adherencia al tratamiento solo se ve a través de controles metabólicos? ya que en el punto 1.4.- la autora dice que hay gente que cumple con todo el tratamiento y a pesar de esto no logra un buen control de la glicemia.

Sería importante, a modo de conclusión decir que hay variables que escapan al control , como son la aceptación de la enfermedad o el stress asociado al manejo en un periodo de la vida particularmente estresante con grandes decisiones.

En los resultados la autoestima como factor importante asociada al ajuste y manejo de la enfermedad queda comprobada. También la cronicidad de la enfermedad interfiere en la mantención de esta variable en un buen nivel. La preocupación por mantenerse sano como un resultado de la autoestima positiva son elementos que abren nuevos caminos en lo que se debe incluir en la capacitación a los pacientes, los que habitualmente reciben información solo de la enfermedad.

En las conclusiones la alumna demuestra el conocimiento adquirido de la enfermedad y su manejo al convivir con pacientes diabéticos más allá de la aplicación del test. Es importante señalar el compromiso observado de la alumna con la fundación de diabetes juvenil institución de donde obtuvo la muestra, al asistir por ejemplo al campamento para recién diagnosticados . Todo lo cual le permite ampliar los resultados obtenidos en el test con pautas concretas y perfilar lo que puede ser la figura del psicólogo en esta área.

De acuerdo a la información anterior califico esta Memoria con nota
Nota en palabras (seis)

6.0

Firma Profesor evaluador

EVALUACION DE MEMORIA DE TITULO

I. IDENTIFICACION

TITULO DE LA MEMORIA	ESTUDIO DE LA AUTOESTIMA EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES DIABETICOS Y SU INFLUENCIA EN EL AUTOCONTROL METABOLICO
AUTOR(ES)	DENSE TRAJTMAN
PROFESOR EVALUADOR	IVAN ARMIJO R.
FECHA DE EVALUACIÓN	miércoles, 09 de mayo de 2001

II. CONTENIDOS

	Evaluación						
	Marque donde corresponde						
	1	2	3	4	5	6	7
2.1. Originalidad y/o relevancia de la investigación realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Fundamentación teórica, discusión bibliográfica presentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Logro de los objetivos planteados en la investigación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Metodología general utilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Tratamiento de la información recopilada, análisis de resultados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Conclusiones y reflexiones finales presentadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. ASPECTOS FORMALES

	Evaluación						
	Marque donde corresponde						
	1	2	3	4	5	6	7
3.1. Capacidad de integración y síntesis teórica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Coherencia interna del trabajo presentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Estilo de redacción (Precisión conceptual, lenguaje académico, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Grado de corrección ortográfica y de puntuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. Presentación formal de la bibliografía consultada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) La nota final de la Memoria no tiene necesariamente que ser un promedio de estas evaluaciones parciales, dado que cada uno de los puntos detallados para los contenidos y los aspectos formales, tienen diferente ponderación para una nota global.

IV. SINTESIS DE EVALUACIÓN Y COMENTARIOS

Se presenta un trabajo a evaluar la autoestima en jóvenes diabéticos. El planteamiento inicial es correcto aunque creo que no focaliza correctamente el problema de investigación, sino que se centra más en la problemática del diabético en general. Lo mismo ocurre con la primera parte del marco teórico, en la que se da un resumen de los aspectos biológicos del trastorno de una manera técnica que hace difícil la lectura por parte de lectores no especializados en terminología médica. Lo mismo ocurre con la sección de Autoestima. Me parece que en el trabajo presentado falta una mayor integración de los temas que explique por qué es tan importante estudiar el fenómeno de la autoestima en jóvenes diabéticos.

El primer objetivo general está correctamente planteado. El segundo, sin embargo, no especifica la comparación que se quiere hacer, ya que sólo delimita dos áreas que la autora cuya descripción considera de importancia en la población estudiada. Creo que el problema básico es de redacción, ya que se repite en los objetivos específicos. Debe revisarse la redacción de la sección de metodología, ya que se espera una cuenta más sintética de lo realizado..

El resultado final es un tanto confuso. Por un lado la presentación de resultados hace continua alusión a tablas entregadas en la sección de anexos, de modo que hace pensar que debieron incluirse en el texto de resultados. Las conclusiones exceden los límites de lo que se puede deducir de los resultados del estudio, de manera que el trabajo adquiere un carácter bibliográfico y teórico, pero desarrollado de una manera desordenada.

En resumen, el trabajo presenta muchas falencias, particularmente en lo que se refiere a orden y sistematicidad, cumpliendo sólo a un nivel mínimamente aceptable con las condiciones de entrega de una memoria. Me parece que el problema fundamental está en la estructura lógica del mismo, ya que el estudio se realizó en forma ordenada y la información cualitativa manejada por la autora es interesante y valiosa

DE ACUERDO A LA INFORMACION ANTERIOR CALIFICO ESTA MEMORIA CON NOTA

4.5



Nota en palabras (cuatro, cinco)

FIRMA EVALUADOR

Agradecimientos.

Por su apoyo permanente en mi trabajo de investigación el que me ha permitido llegar a la presentación de este estudio.

A Claudia, por su interés demostrado y a sus aportes para el desarrollo de los temas tratados.

Gracias Ivan por las pautas y comentarios otorgados para este trabajo.

A la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile y a todo su equipo por haberme dado la oportunidad de trabajar directamente con ellos, permitiéndome haber compartido e involucrado directamente con niños y jóvenes que viven con esta condición.

Y por supuesto a toda mi familia por la preocupación e incentivo dados durante este período.

ÍNDICE



Introducción	1
Marco Teórico	7
1 Diabetes Mellitus	8
1.1 Epidemiología y Etiología	9
1.2 Clasificación	11
1.3 Características Médicas de la Diabetes	13
1.3.1 Diagnóstico	13
1.3.2 Sintomatología	15
1.3.3 Tratamiento	16
A. Insulina	17
B. Plan de Alimentación	19
C. Actividad física	21
D. Control Metabólico	23
a. Métodos para la valoración del Autocontrol Metabólico	24
b. Niveles de valoración del Autocontrol Metabólico	26
1.4 Aproximación Psicológica	28
1.4.1 Adolescencia Normal	31
1.4.2 Acerca de la "Personalidad Diabética"	34
1.4.3 Aprendizaje y Aceptación	35
1.4.4 Estrategias de Intervención	37

2	Autoestima	39
2.1	Definición de Conceptos	14
2.2	Aproximaciones Teóricas	41
2.3	Autoestima según Stanley Coopersmith	45
	Objetivos del Estudio	52
3.1	Objetivos generales	53
3.2	Objetivos específicos	53
	Metodología	55
1	Diseño	56
2	Muestra	56
3	Instrumentos	57
4	Procedimiento	59
5	Análisis de Resultados	60
	Resultados	62
	Conclusiones y Sugerencias	68
	Bibliografía	87
	Anexos	95

I.- INTRODUCCION

“ ... no sabíamos que pasaba, había bajado mucho de peso aunque no paraba de comer, un día lo encontramos tomando agua de la llave del baño porque decía que no le bastaba un jarro y se la pasaba todo el día en el baño, a veces no llegaba al baño y en las noches empezó a hacerse pipí..” Este es el típico relato que cuentan, los padres de un niño diabético aún impresionados por lo que ocurría, *aun transcurrido mucho tiempo, ese período quedaría grabado en el recuerdo de todos.*

Cuando una persona recibe el diagnóstico de Diabetes son muchas y diversas las preocupaciones, emociones, y formas de reaccionar tras el impacto que genera esta noticia. El diagnóstico no solo afecta a la persona, si no que repercute en el resto de la familia. La información y el apoyo son esenciales ya desde el primer momento, entender y aprender el nuevo tratamiento marca el comienzo de un nuevo estilo y forma de vida, ocupando la educación un lugar fundamental.

La motivación para realizar el siguiente estudio surge de la experiencia en diversas actividades realizadas en la Fundación de Diabetes Juvenil; el contacto directo y el conocimiento de las vivencias y principales preocupaciones que presentan los jóvenes diabéticos, su familia y profesionales del área de la salud que hoy se ocupan del desarrollo y de mejorar la calidad de vida de quienes presentan esta condición.

Durante los últimos años ha avanzado el estudio de la educación diabetológica, destacándose la importancia de la Intervención Psicológica dentro

del tratamiento integral, el cual durante mucho tiempo se centró sólo en aspectos médicos.

Nuestra Universidad cuenta con una Memoria para Optar al Título de Psicólogo que destaca la relevancia de abordar el impacto de una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus insulino- dependiente. En 1994: "La Familia y el impacto de la Diabetes: una aproximación Sistémica", se describen las pautas de interacción recurrentes, detectando las necesidades psicológicas de las familias. Es por esto que se busca continuar con el estudio en este grupo, esta vez con el joven diabético, con el fin de profundizar aún mas en el conocimiento y desarrollo de estos, intentando proseguir con la línea de investigación iniciada en esta área.

En un comienzo, y mientras más pequeño es el niño, la responsabilidad del aprendizaje y realización de estos procedimientos dependen de un adulto, que generalmente es la madre. Conforme el niño va creciendo, o el diagnosticado ya es adolescente la responsabilidad del autocuidado ya recae en él. Esto incluye la oportuna realización de diversos procedimientos, como la fundamental inyección diaria de insulina (o varias según el tratamiento), el régimen de alimentación, visitas al médico, exámenes específicos, cuidados especiales en la higiene y la práctica de ejercicio físico.

Es común encontrar que alguna de las "partes" integrantes de tratamiento no es realizada. El joven transgrede el régimen de alimentación, por ejemplo, comiendo dulces o comiendo en exceso; no realiza los controles diarios de glicemia capilar (que orienta, por ejemplo, la reacción ante una hipoglicemia, o cuanta insulina requiere el organismo en ese momento); incluso olvidando o bien

oponiéndose a la inoculación de la insulina. Todo esto repercute en trastornos metabólicos y serios daños en el organismo que, con el tiempo se vuelven irreversibles.

No existe una respuesta que explique totalmente por qué un niño o adolescente acepte mejor su diabetes, o que lleva a que algunos realicen o no los cuidados necesarios. No hay duda que las diversas etapas del desarrollo evolutivo tienen una fuerte influencia, pero vemos jóvenes de la misma edad, sexo y tiempo de evolución de su diabetes que integran, realizan y asumen la responsabilidad de su autocontrol de forma muy diversa.

El objetivo de realizar esta memoria es estudiar acerca de la diabetes infanto juvenil y la psicología estos casos. Indagar si existe un factor específico, como la valoración que el joven tiene de sí mismo, que sea característico de este grupo, y que pueda dar indicios de una nueva manera de apoyar el tratamiento de la diabetes tipo 1. De modo de fortalecer entonces, aspectos del joven para que pueda hacer frente a los periodos críticos del desarrollo o de su vida a los que se enfrente, manteniendo la capacidad de autocontrol.

La educación diabetológica es tan importante como la medicación que se prescribe, y se reconoce que si no existe un buen autocontrol es difícil que sea suficiente la sola intervención del diabetólogo, buscándose la participación y colaboración de la persona que padece esta condición. Esto constituye un factor de preocupación por parte de profesionales de la salud en el caso de la diabetes infanto juvenil, donde el niño o joven debe hacerse progresivamente responsable de su cuidado. Hoy se observa como, principalmente en el caso de los

adolescentes quienes ya son completamente responsables de su propio tratamiento, realizan transgresiones importantes.

Dentro de las dimensiones psicológicas de la persona diabética, destaca la autoestima como un eje importante tanto para el enfrentamiento, la aceptación y la adherencia al tratamiento, variable que hasta el momento no ha sido suficientemente abordada.

Se buscará indagar acerca de las características de la autoestima de un grupo de adolescentes diabéticos y describir las características de ésta. Observar si ésta constituye un factor importante para mantener un adecuado control, con el fin de lograr dar apoyo y orientación en el manejo de su diabetes.

El desarrollo de habilidades necesarias para el autocuidado, el interés por la adquisición de conocimientos, y la adherencia al tratamiento se reflejan en el concepto de "Control Metabólico" de la diabetes. La auto imagen parece ser un elemento que influye en los cuidados y el control apropiado de la diabetes; Es así como jóvenes que no se consideran valiosos a sí mismos, lo cual se refleja en un pobre control metabólico, que es posible de calcular según el promedio de glicemias de alrededor, tres meses (Hemoglobina Glicosilada), así como por la presencia o ausencia de complicaciones derivadas del mal cuidado de la enfermedad.

Durante el período de la adolescencia el autocontrol de la diabetes se torna difícil, atravesando una etapa de rebeldía que afecta directamente el autocontrol metabólico. Los jóvenes mantienen conductas que afectan su tratamiento, el cual ya depende de su cuidado y responsabilidad. Por esto, hoy existe un especial interés en ayudar y apoyar a los adolescentes durante este

período, de modo que no deban lamentar posibles complicaciones en el futuro producto de un mal autocuidado.

Esta investigación buscará aportar nuevos conocimientos en el campo de la Diabetes Mellitus, destacando los avances que se han realizado en el campo de la Psicología respecto a este tema. Se buscará observar si la mejor o menor adherencia al tratamiento esta influenciada por las creencias acerca de las propias habilidades y de la propia valoración con que se cuenta para hacer frente a situaciones problemáticas. Este tema que no ha sido abordado con anterioridad y puede apoyar la educación y continuidad del tratamiento aún en periodos o situaciones críticas por las que atraviese el joven.

II.- MARCO TEORICO

1. Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es una enfermedad endocrina caracterizada por una secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles de glucosa inapropiadamente altos en el torrente sanguíneo (hiperglicemia). Describe a un trastorno en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas producto de defectos en la secreción de la insulina, y/o su acción, pudiendo generar variadas complicaciones, ya que la falta de insulina genera la inhibición del ingreso de glucosa a las células.

Se considera una enfermedad autoinmune determinada genéticamente, caracterizada por una progresiva disminución de células beta pancreática y de su capacidad para producir insulina.

En la actualidad se conoce cómo controlar esta condición, es posible alcanzar y mantener un nivel normoglicémico donde el sujeto puede vivir sin que se presenten las complicaciones que pueden disminuir tanto la cantidad de años de vida de un diabético como la calidad de vida que éste lleve. Por esto, resulta imprescindible que producto de esta condición se acepten e integren numerosos procedimientos sin los cuales la vida puede verse amenazada, sea por la misma enfermedad o por las consecuencias que genera cuando no está bien controlada.

Este síndrome afecta también al metabolismo de los lípidos, pudiendo alterar, consecuencia de una mala evolución, a órganos vitales como el riñón y el corazón.

1.1 Epidemiología y Etiología

No existen datos oficiales respecto a la cantidad de diabéticos en nuestro país, se espera que en el próximo censo nacional se considere la presencia de la diabetes, de modo de tener cifras exactas.

El 14 de Noviembre del año 1999, día Mundial de la Diabetes, el Doctor Claudio Liberman, Presidente de la Sociedad Médica de Metabolismo y Endocrinología, menciona en su discurso algunos datos relevantes sobre la diabetes en Chile y su impacto social.

De modo de aproximar el número de diabéticos, y tomando en consideración:

- a) Los resultados obtenidos por el Proyecto Carmen, desarrollado por OPS y MINSAL, realizado en 1997 sobre prevalencia de diabetes;
- b) El consumo de frascos de insulina anual, datos entregados por los dos grandes proveedores de insulina;
- c) Los registros de diabetes tipo 1 a lo largo del país;

Es posible señalar que el total de diabéticos en Chile sería aproximadamente de cuatro mil Diabéticos Tipo 1 (insulino dependientes); 18 mil Diabéticos Tipo 2 insulino requerientes y 444 mil Diabéticos Tipo 2 que no necesitan insulina. Esto daría un total estimado de 466 mil Diabéticos en nuestro país.

Así mismo, otorga datos referidos a la población diabética en función de una proyección del censo realizado en 1992 para cálculo de la población de Chile para este año, siendo de aproximadamente 15.270.000. Indicando que la

prevalencia en la población entre 25 y 65 años es de un 3,9 %, en población mayor de 65 años de 9,6 % y en la población menor de 25 años un 0,5 %.

La Federación Internacional de la Diabetes señala que existen alrededor de 135 millones de diabéticos en el mundo, y se prevé que para el año 2025 habrá casi 300 millones. Señalando que el índice de crecimiento será de un 45% en los países desarrollados y de un 200% en los países en desarrollo.¹

Para este año se calcula que existirían alrededor de 15 millones de personas diabéticas en América Latina.²

Actualmente, existe acuerdo en que la etiología de la Diabetes Mellitus es heterogénea, existiendo indicadores de vulnerabilidad entre sus portadores. Se considera que es una enfermedad autoinmune determinada genéticamente.

La Diabetes Tipo1 es causada por una progresiva destrucción de células beta de los islotes de Langerhans, con la consiguiente incapacidad para producir insulina, generando una capacidad para metabolizar los nutrientes, especialmente la glucosa conduciendo invariablemente a la muerte si no es tratada. Se calcula que el proceso de destrucción puede llevar meses o años, pero la enfermedad se presenta clínicamente cuando queda aproximadamente entre un 10% a 20% de tejido indemne.³

Las recientes investigaciones referentes al Genoma Humano, donde se busca realizar un mapa de la estructura genética de los cromosomas humanos, han aislado 18 genes que parecen estar involucrados en el desarrollo de la Diabetes Tipo 1. Se ha descubierto que así como se heredan genes

¹ Internacional Diabetes Federation, 1997

² Asociación Latinoamericana de Diabetes, 1998

³ Asociación Latinoamericana de Diabetes, 1999.

responsables de la aparición de la diabetes, también se heredan genes protectores, es decir, que impiden el desarrollo de la diabetes.⁴

Se trata de una enfermedad de base genética con un HLA característico, marcador de susceptibilidad que parece necesitar de la acción de un factor externo desencadenante, aún no dilucidado, para poder manifestarse.⁵

La causa y desarrollo de la Diabetes Tipo 1 será producto de la interacción de aspectos heredados y de la influencia de factores ambientales.

El estudio y esclarecimiento del factor hereditario continúa, existiendo cada vez datos más específicos, sin que lo mismo ocurra respecto a la influencia del aspecto ambiental involucrado.

1.2 Clasificación

Los primeros criterios de clasificación y diagnóstico que indica la existencia de diferentes tipos de Diabetes Mellitus fueron solo publicada a partir del año 1980, (la que sólo distinguía entre diabetes tipo 1 y tipo 2) siendo recién ampliamente aceptada y modificada en el año 1985 (que agrega nuevas clases) y revisada en el año 1999 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta nos otorga una visión de cual serán los cuidados adecuados según el tipo o forma de diabetes que se trate, dentro de la cual se distingue:

- Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (Tipo 1); ligada a una destrucción primaria de las células beta del páncreas, hecho atribuible a un proceso autoinmune. Se caracteriza por requerir insulina administrada en forma externa para poder

⁴ Guthrie, D. et al , 1999

⁵ Asociación Latinoamericana de Diabetes, 1999.

sobrevivir, controlándose la propensión a presentar cetoacidosis coma o bien, terminar con la muerte de la persona.

Se reconoce la existencia de anticuerpos insulínicos o anti-GAD en la célula pancreática, responsables del proceso autoinmune que conduce a la destrucción de las células beta responsable de la producción de insulina en el organismo.

- Diabetes Mellitus no Insulino Dependiente (Tipo 2); corresponde a la mayor forma de Diabetes existente. Es consecuencia de defectos en la absorción de insulina por la membrana celular impidiendo la acción de la insulina existiendo una resistencia a la insulina.
- Diferencia entre otros Tipos Específicos:
- Diabetes relacionada a Desnutrición, generando deficiencias proteínicas, siendo llamada Diabetes Mellitus relacionada con la desnutrición. La evidencia de que la diabetes puede ser causada por desnutrición o deficiencia proteica por sí sola, es cuestionada en estudios (1996 y 1997) por lo que en la revisión y corrección de terminología presentada por WHO 1999, señalan que la subclase de DMRD debe ser reemplazada por un subtipo reconocido como Diabetes Pancreática por eficiencia proteica.
- Los pacientes MODY, como un grupo de diabetes de origen genético en la función de la célula beta, acompañado de mutaciones del ADN mitocondrial.

- Distingue una Diabetes Gestacional, que resulta de problemas en el metabolismo de carbohidratos en el organismo de la madre, generando un estado de hiperglicemia de variable gravedad y que es reconocida en el embarazo. Incluye a pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2.
- Finalmente, otra forma tipo clínica específica, corresponde a individuos presentan glicemias mayor que las esperadas, pero que permanecen bajo el rango establecido para el diagnóstico.

Estas clases son definidas y mutuamente excluyentes, de modo que una persona solo sea clasificada en una categoría. Según las características y síntomas clínicos, e independientemente de su etiología, la diabetes puede cruzar diversos estados en su desarrollo, así por ejemplo, comenzar como diabetes tipo 2 y según el transcurso del esta, finalmente tornarse una diabetes insulino requeriente.

En el año 1999, la OMS mantiene la clasificación realizada el año 1985, pero incorpora un cambio terminológico, señalando que por confusiones en los mismos pacientes se recomienda no usar los términos "Diabetes Mellitus insulino dependiente" y "Diabetes Mellitus no insulino dependiente", y las siglas DMID y DMNID para reintroducir los términos de Diabetes Mellitus Tipo 1 y Tipo 2.

1.3 Características de la Enfermedad

1.3.1 Diagnóstico

Como criterios diagnósticos se siguen habitualmente los elaborados por la OMS, donde el hecho fisiopatológico fundamental es el déficit absoluto o relativo

de insulina. Este último fenómeno lleva asociado los síntomas claves del diagnóstico: *poliuria* (exceso de orina), *polidipsia* (por la pérdida de aguas y sales existe deshidratación, existiendo una sed intensa) y la consecuente *polifagia* (aumento del apetito debido a que el organismo indica la necesidad de nutrientes ya que el azúcar no ingresa a las células).

El diagnóstico es dado en pacientes, que en más de una ocasión presenten una glicemia mayor a 126mg/dl en ayunas, o mayor a 200 mg/dl después de haber comido.

Dado que los criterios diagnósticos son una cuestión esencialmente médica y que el psicólogo se encuentra siempre con los pacientes ya diagnosticados, no resulta fundamental en profundizar en detalles, por lo que se señalan aspectos generales.

El diagnóstico de diabetes más frecuente en niños y adolescentes suele darse tras un episodio de coma diabético, donde el joven cae en un estado de pérdida de consciencia tras la cual debe ser hospitalizado de urgencia de modo que se compense y alcance el nivel metabólico adecuado (un sujeto cae en coma por la hiperglicemia presentada, la cual suele superar los 500mg/dl o llegar a 900mg/dl).

Debido al avance en el estudio de esta forma clínica, hoy se llega a otorgar el diagnóstico por la sospecha que generan síntomas clásicos antes señalados, o bien por un examen que identifica la presencia de anticuerpos de células beta aún en sujetos normoglicémicos.

1.3.2 Sintomatología

El alto grado de concentración de azúcar en la sangre, al impedirse su ingreso a las células es denominado "hiperglicemia", en este estado se pueden superar los 400mg/dl. Cuando la concentración de azúcar disminuye de 60mg, se habla de "hipoglicemia".

La hipoglicemia es la complicación más frecuente en la diabetes tipo1. Se distingue por temblor, hambre, palidez, taquicardia, falta de concentración, convulsiones, y en caso de hipoglicemia severa, el posible compromiso neurológico a largo plazo.

Ateniéndonos al tema de disminución, o pérdida de consciencia durante las crisis hipoglicémicas, es importante señalar que se trata específicamente de una *manifestación psicopatológica que probablemente genere otras alteraciones como la pérdida del autocontrol, desorientación, aturdimiento, etc.* Durante estas crisis todo el entorno se vuelve caótico, desorganizado acompañado de una sensación de pérdida de control ante la situación, donde esta vivencia resulta de tal impacto que el niño o adolescente diabético no acierta a saber que le pasa, no siendo capaz de poner en marcha una solución oportuna frente a la situación.

Se entiende por hiperglicemia a la concentración de la glucosa en la sangre que supera los 140mg/dl. La presencia de hiperglicemias sostenidas manifiesta el estado de descompensación en que se encuentra el sujeto, causando posibles complicaciones como las ya mencionadas. En este estado, los pacientes se quejan de cansancio, náuseas, pérdida del apetito y molestias gástricas entre otros, la falta de concentración, destacándose la indiscutible presencia de irritabilidad que no pasa inadvertida.

Es importante distinguir la sintomatología propia de estos cuadros de modo que no se confundan con algún otro, permitiendo, también que el joven y quien lo rodea distinga cuando éste requiera de cuidado, facilitando la aceptación y disminuyendo el temor.

1.3.3 Tratamiento

Inicialmente, en el tratamiento de la diabetes, el especialista se limitaba a intervenir solo en las fases agudas de la enfermedad. Más tarde se incorporó la *lucha preventiva contra sus complicaciones*. Hoy, existe total acuerdo respecto al cuidado e intervención continua, esta vez, responsabilidad del propio diabético, y no de un médico especialista a cargo.

La finalidad del tratamiento es favorecer la vida normal, mantener el *crecimiento y desarrollo según el potencial genético y las posibilidades que el medio ofrece*, evitar complicaciones agudas, previniendo o retrasando la *aparición de complicaciones crónicas* así como evitar la *aparición de trastornos emocionales a futuro*, preservando la calidad de vida del paciente⁶.

Para esto, resulta imprescindible que se integren, entre los hábitos rutinarios, numerosos procedimientos, para los cuales se busca que la *colaboración y participación* y que sea capaz de llegar a un "autocontrol", sin los cuales la vida del paciente puede verse amenazada por funestas consecuencias. La adherencia al tratamiento y el temor a las consecuencias son aspectos que deben ser aceptados, e integrados por todo joven, sitio en el cual el Psicólogo puede aportar.

⁶O. Ramos et al. (1997). *Revista latinoamericana de Diabetes*, vol. 5, pág. 209.

Existe consenso en que todo paciente diabético requiere de educación e indicación de tratamiento por un equipo interdisciplinario especializado cuando es recién diagnosticado, y que este apoyo debe prolongarse en el tiempo de modo de evitar complicaciones futuras.

Por otra parte, cuando la diabetes está bien controlada, no supone la disminución de las expectativas de vida, ni un acortamiento manifiesta de la vida media, ni mucho menos una constante amenaza de muerte.

Diversos son los aspectos que deben considerarse dentro del tratamiento, formando todos parte de la educación diabetológica:

A. Insulina

Antes que la insulina fuese descubierta, un niño diabético tenía expectativas de vida no mayores que dos años luego que fuera dado el diagnóstico.

Hormona polipéptida cuya función es actuar sobre la permeabilidad de las membranas celulares, permitiendo el ingreso de glucosa a la célula. Por esto su función es controlada a través de glicemia, cuyo valor normal se espera que fluctúe entre 80mg. y 110mg. por cada 100 ml de sangre, que en el caso de los diabéticos puede llegar a ser mayor de 500mg. y menor de 40mg.

La acción de la insulina favorece el transporte de glucosa, aminoácidos a través de las membranas celulares, estimula la glucólisis y síntesis de glucógeno, inhibe la producción hepática de glucosa, aumenta la lipogénesis e

inhibe la lipólisis, aumenta la síntesis de proteínas, y facilita la reabsorción renal del sodio.⁷

La administración de insulina está indicada para los pacientes insulino dependientes (diabetes tipo1) y en algunos casos de diabetes tipo2 de forma definida o bien temporal.

Mediante combinaciones de los distintos tipos de insulina y el número de inyecciones de la misma se pretende imitar la secreción fisiológica de insulina, permitiendo una mayor flexibilidad para el seguimiento de la dieta y de las actividades de la rutina diaria.

La elección del modelo de tratamiento insulínico busca, en pacientes jóvenes no complicados, la obtención de perfiles glicémicos similares a los *individuos no diabéticos*. Los modelos de múltiples dosis se administran entre un 40-50 por ciento de la dosis diaria en forma de insulina intermedia o lenta para cubrir las necesidades de insulínicas básicas y el resto en forma de insulina rápida fraccionada en tres dosis antes de las tres principales comidas.

El modelo de tratamiento siempre se individualiza en función de las necesidades y objetivos a alcanzar de cada paciente. Por esto, todo paciente es adiestrado para la inoculación de la insulina en determinados lugares del cuerpo (brazos, piernas, abdomen y glúteos), así como para automodificarse las dosis de insulina según la dieta y ejercicios que el sujeto debe realizar; requiriendo de una educación y compromiso, que se traduce en una participación activa de la persona en su propio tratamiento que se traducen en una eficaz adherencia al tratamiento.

⁷ Arteaga, et al. , 1985

B. Plan de Alimentación

La dieta constituye un aspecto fundamental en el tratamiento, si bien no existe una "dieta diabética" se destaca la importancia de mantener un estado nutricional normal que permita el crecimiento y una buena calidad de vida. Una dieta mal llevada puede provocar obesidad, desnutrición, hipoglicemia, problemas metabólicos, o hiperglicemia⁸. Planear las comidas implica escoger qué alimentos comer y en qué cantidades.

El objetivo de la dieta es alcanzar el peso corporal deseado y adaptar la ingesta calórica junto a la acción de la insulina.

Comprender el aporte de los alimentos y el efecto que tendrán en la glicemia tras su ingesta, es una de las primeras metas del tratamiento. Hasta el momento previo al diagnóstico, por lo general no existe preocupación por cuanto y qué come el niño. Los planes de alimentación deben ayudar más que obstaculizar. Deben incluir los requerimientos de cada caso particular. La comidas deben mantener un cierto horario, al igual que las cantidades de ingesta, ya que permiten conocer la cantidad de insulina necesaria.

Como regla principal se recomienda el cumplimiento de cuatro comidas principales y dos colaciones (una a media mañana y otra antes de dormir). También se sugiere comer antes de realizar alguna actividad que requiera de desgaste físico.

Desde los 12 años, las mujeres y los 15 años en varones, teniendo en cuenta la poca actividad física y la tendencia a la obesidad, se ajusta un valor calórico total de 2200 kcal/día en las niñas y 2500 kcal/día en los varones. La

⁸ García de los Ríos, 1992.

composición química consiste en: 50%- 55% de hidratos de carbono, 15%-20% de proteínas, y un máximo de 30% en grasas⁹.

En principio, la administración de glucosa incrementa la gravedad de esta condición, aunque de ordinario al diabético le está totalmente prohibido el consumo de azúcar, al enfrentar una crisis de hipoglicemia es aconsejado, incluso con cierta urgencia, su consumo. Se le recomienda a todo diabético que lleve consigo varios terrones de azúcar de modo que resuelvan rápidamente cualquier crisis hipoglicémica.

Hoy existe preocupación por el aumento de casos de trastornos de alimentación en las jóvenes diabéticas, en los últimos años se han realizado investigaciones que reconocen la existencia de trastornos de Alimentación en jóvenes con Diabetes insulino-dependiente. Las conclusiones señalan la comorbilidad de estos trastornos y como agravan las consecuencias de este cuadro crónico. Aún así, pocas han sido las investigaciones en esta área, por lo que resulta importante explorar.

Así mismo, se preocupan de su cuerpo, en una cultura donde se valora la belleza y el ser delgada. Las Diabéticas pueden omitir o bien reducir la dosis de *insulina que requieran para vivir al considerar que el aumento del peso depende de esta hormona*. Pueden restringir la cantidad de alimento que requieren en su dieta (Anorexia Nerviosa), o bien, comer en exceso para luego realizar conductas compensatorias inapropiada (Bulimia Nerviosa). Estas fluctuaciones causadas por un mal control, producen un brusco aumento de la glucosa en la sangre (hiperglicemia), o generar una baja severa de ésta (hipoglicemia), mientras continúan con las dosis de insulina.

⁹ Asociación Latinoamericana de Diabetes, 1998.

Ciertos aspectos propios del tratamiento de la diabetes hacen que este sea un área vulnerable. El hecho de que se deba controlar la cantidad de comida, el ejercicio y las dosis de insulina, contribuyen a que aparezcan síntomas de algún trastorno de alimentación.

El mal uso de las dosis de insulina para controlar el peso, hace que esta sea un comportamiento compensatorio característico de este grupo. Las jóvenes pueden disminuir la dosis correspondiente o bien omitirla completamente con el fin de quemar calorías

Producto de esta práctica el cuerpo debe utilizar toxinas generando un estado de cetoacidosis y una descompensación diabética. Esto también se refleja en un pobre control metabólico.

C. Actividad Física

La actividad física es recomendable como parte del tratamiento, colaborando en la regulación del control metabólico. Cuando el ejercicio es sostenido baja el nivel de azúcar en la sangre, haciéndose más estable en el tiempo; destacando el hecho de que la dosis de insulina acostumbrada suele disminuir.

Conocer sus beneficios y riesgos es fundamental, el ejercicio aeróbico potencia la acción de la insulina y hace reducir los depósitos grasos; pero la práctica inadecuada o excesiva favorece episodios de hipoglicemias y cetoacidosis.

Uno de los mayores errores es el de suponer que los niños y jóvenes diabéticos no deben realizar actividad física. Es fundamental corregir este error tanto a los padres como a los profesores.

El ejercicio físico resulta aconsejable, consejo que resultaría contraproducente en pacientes que sufran de otras enfermedades. Se busca fomentar la ejercitación, aspecto que requiere de un esfuerzo adicional, ya que sobretodo las adolescentes son reticentes a realizarlo.

Es importante que forme parte del tratamiento médico de quien tiene diabetes. El mejor programa de ejercicio contiene uno 20 a 30 minutos de actividad aeróbica al día, como nadar, andar en bicicleta e incluso bailar.

Se debe preparar al individuo con la diabetes para un programa seguro y agradable del ejercicio es tan importante como el ejercicio sí mismo. El individuo joven en buen control metabólico puede participar con seguridad en la mayoría de las actividades. Antes de comenzar cualquier programa del ejercicio, el individuo con diabetes debe realizarse una glicemia y tomar una colación adicional de modo de evitar un episodio de hipoglicemia.

No es raro que tras la realización de ejercicio se genere una hipoglicemia, por lo que se debe enseñar respecto a la importancia de realizarse una glicemia previa al ejercicio y reforzar la colación. Otra consideración importante es que ante un estado de hiperglicemia, el ejercicio aumenta aún más los niveles de azúcar en la sangre.

A los niños se les debe inculcar desde pequeños el habito de realizar ejercicio y los beneficios que presenta. Fomentar que anden en bicicleta y si son reticentes al deporte realizar juegos como el pillarse. En el caso de los

adolescentes y sobretodo con las niñas, crear este hábito es difícil, pero se debe hacer el esfuerzo aprovechando los periodos en que se preocupan de su apariencia física.

Si bien el ejercicio de actividad física no es recomendado como parte de la prescripción médica, su efecto potencial en el mejoramiento del control metabólico está presente.

D. Control Metabólico

Muchos denominan a la diabetes como una “enfermedad silenciosa”, pero si se descuida el tratamiento, ya sea con transgresiones alimenticias, la falta de inoculación de insulina o el abandono de actividad física, la diabetes se “hace oír”, apareciendo bajas o aumentos extremas de azúcar, las que incluso pueden llevar al hospital.¹⁰

La diabetes se asocia a una serie de complicaciones agudas y crónicas, dentro de la que destacan las oculares, del riñón, arterias o del sistema nervioso, son evitables si se mantiene un control de los valores de azúcar lo más próximos a valores normoglicémicos, es decir, cercano a las glicemias de las personas no diabéticas, señaladas anteriormente: rango entre 80mg/dl y 110 mg/dl; que en el caso de la diabetes se suele extender desde los 70mg/dl y los 130 mg/dl.

Por esto, la valoración del control metabólico resulta fundamental para garantizar la seguridad y calidad de vida de diabético, especialmente en el periodo de crecimiento de la preadolescencia y adolescencia¹¹. Hoy se dispone de tres métodos para esta valoración:

¹⁰ Bélendez, M., y cols. (1999)

¹¹ Gil Roales- Nieto, j. Y Vélchez, R. 1993, pág. 19

a) Métodos para la valoración del Autocontrol metabólico

- i. La autodeterminación de glicemia capilar; medida para cuantificar el nivel de glucosa en la sangre en el momento del examen mediante la comparación visual de escalas de colores, o bien a través de máquinas específicas, cada vez de más fácil manejo y mayor precisión, favoreciendo la participación activa de la persona, otorgando independencia y mejorando el control.

Los médicos señalan que mientras son mas los controles y glicemias, mejor es el control y menores las complicaciones.

- ii. la valoración retrospectiva del grado de control glicémico mediante la *obtención de la hemoglobina glicosilada (HbA1c)*, es decir, una medida objetiva de la glicemia media de los tres meses previos, lo que permite identificar un incorrecto control metabólico. Se realiza mediante la cuantificación de un de las fracciones de la hemoglobina que tiene la capacidad de glicosilarse, es decir se une a la glucosa en forma irreversible.¹²

Este análisis tiene la ventaja de que puede ser tomado como una medida indirecta de los cambios que se han producido en la adherencia al tratamiento, a pesar de que no se haya realizado glicemia alguna durante los últimos meses.

- iii. determinación de cuerpos cetónicos en la orina dada la eliminación de toxinas por la orina debido a un mal control metabólico. La determinación

de glucosuria no se recomienda habitualmente, ya que no refleja de forma adecuada los niveles de glicemia, no permitiendo distinguir entre valores normales o bajos de los mismos. No obstante, en circunstancias especiales, puede ser un método al recurrir, por ejemplo cuando la glicemia obtenida es mayor que 250mg/dl.

Los controles de glicemia son monitoreados por exámenes en la sangre o en la orina varias veces la día, generalmente antes de cada comida, antes de dormir y ocasionalmente, en el transcurso de la noche. Manteniendo un registro de los resultados. Tanto la regularidad en los controles como la constancia en mantener registros suelen ser áreas donde existe poca adherencia, a pesar de ser fundamentales para el tratamiento.

Dado que el control metabólico es el reflejo de la adherencia al tratamiento, se debe tener especial cuidado en aumentar, fortalecer y mantener estos aspectos, tareas en que un psicólogo puede aportar. Hoy, si se constatan problemas de aceptación, rebeldía e insuficiencia de educación en estas áreas se acude al apoyo y orientación de un psicólogo enterado del tema.

Parte del tratamiento es reforzar la realización de dichos exámenes y el uso apropiado de la información, según la cual deben tomar decisiones sobre la marcha. Se debe motivar a los niños y jóvenes a realizarse sus controles y a mantenerlos a través del tiempo, como parte esencial del autocuidado. Junto a este, se debe dar instrucción y reforzamiento acerca del uso apropiado de la información.

b) Niveles de Valoración del autocontrol Metabólico.

El tratamiento de un sujeto que presenta Diabetes Mellitus busca obtener expectativas y calidad de vida similares a las de un individuo no diabético, un adecuado crecimiento y desarrollo, así como prevenir las complicaciones agudas y crónicas. La American Diabetes Association (ADA)¹³, en 1990, ha definido niveles de valoración para el control metabólico, niveles que permiten evaluar el éxito del tratamiento:

-
- Control bueno:
 - HbA1c 6-7%
 - Glicemia preprandiales entre 70-120mg/dl y postprandiales <180mg/dl.

 - Control medio:
 - HbA1c 8-10%
 - Glicemias preprandiales entre 160-200 mg/dl.
 - Glucosuria frecuentemente positiva
 - Cetonuria ocasionalmente positiva.
 - *Glucosuria y cetonuria habitualmente negativas.*

 - Control mínimo:
 - HbA1c 11-13%
 - Glicemia > 300 mg/dl.
 - *Glucosuria persistentemente positiva*
 - Cetonuria frecuentemente positiva.
-

La metodología señalada, mas o menos exacta, indicaría el nivel de control metabólico que logrado. Inmediatamente dado el diagnóstico se busca que se integren estos procedimientos, que se aprenda a utilizarlos y se reconozca los momentos adecuados para realizarlos.

En resumen, gracias a rangos de normalidad en los valores de HbA1c establecidos, se considera adecuado: personas que no presentan diabetes sea del 4% al 7%, del 6,6% al 8,8% en caso de un buen control, 8,9% al 9,9% es aceptable y un resultado >10% en aquellos diabéticos con pobre autocontrol.¹⁴

El diabético bien informado conoce que las descompensaciones y que el mal autocontrol implica la posible aparición de complicaciones, es que trata de evitarlas y superarlas, puesto que reconoce que de ellas depende la futura calidad de su vida.

La Hemoglobina Glicosilada permite concluir como ha sido llevado el autocontrol, involucrando en su resultado la interacción de todas las variables del tratamiento. De este modo es posible evaluar si se han realizado o no las tareas necesarias, entregando una especie de promedio de los niveles de azúcar presentes en la sangre durante un corto periodo de tiempo. Esta prueba esta siendo utilizada para evaluar el efecto de diversas intervenciones en diabetes.

Cuando el resultado de la hemoglobina glicosilada supera el rango normal esperado, se indaga respecto al modo en que se ha llevado el autocontrol, llegando a ser necesario analizar que aspectos de este no están siendo efectivos (por ejemplo la dosis de insulina) o que aspectos de éste están siendo transgredidos (por ejemplo al comer golosinas).

¹³ Gil Roales- Nieto, j. Y Vilchez, R. 1993, pág. 21

¹⁴ Revista Asociación Latinoamericana de Diabetes. 1999 pág 144,

Aunque los niños coman a escondidas o anoten en sus cuadernos niveles de azúcar apropiados, el resultado de la hemoglobina glicosilada no es manipulable y difícilmente se logre ocultar. Generalmente tras su obtención es que las madres o jóvenes se preocupan y se plantean nuevas metas para retomar el adecuado tratamiento.

1.4. Aproximación Psicológica.

El estigma social asociado a "ser enfermo", a sentirse diferente y a ser tratado como tal, cobra especial relevancia conforme el niño se acerca a la adolescencia. Debe aprender a tomar decisiones "sobre la marcha" de las que cada vez será más responsable.

Las descompensaciones agudas, (hipoglicemias e hiperglicemias), la consiguiente necesidad de controles, y cambios en el tratamiento (insulina, alimentación), generan en el niño, el joven y su familia una situación de angustia y ansiedad que hace que sea indispensable el apoyo psico- emocional.

"Considerando la versatilidad del comportamiento a lo largo de la vida de diabético, y la heterogeneidad de los estilos de comportamiento, no es posible una reducción a sólo algunas formas de reaccionar ante esta condición. Lo único concreto es que cuanto mayor es la limitación que se le atribuye a la enfermedad, y más se evitan por su causa responsabilidades y trabajos, peor calidad de vida se tiene y mayor es el número de días que la persona vive únicamente para su enfermedad".¹⁴ Ante esta afirmación, resulta importante señalar que el diabético debe procurar comportarse en sus actividades diarias, como una persona no enferma o limitada por su condición.

A pesar de que el adolescente tiene las capacidades para entender y aceptar su condición, los aspectos psicológicos afectan el modo en que enfrente el diagnóstico o su cuidado. Se ha visto que los varones diabéticos mejoran progresivamente su autocontrol, mientras que en las mujeres son frecuentes los desajustes y empeoramientos.

Han aprendido que es posible mantener los niveles de azúcar en el tiempo, tienen las herramientas para hacerlo y le atribuyen un importante valor al hecho de poder alcanzarlo. La frustración viene cuando se hace todo lo que el doctor dice o bien, todo lo que corresponda hacer pero persiste la inestabilidad. Se come lo indicado y se maneja la dosis de insulina pero no se logra mantener el nivel de glicemia deseado.

Reconocer que existen variables que escapan a nuestro control, tolerar periodos en que la glicemias permanecen inestable pero permanecer atento, paciente y sin dejar que esta estado los sobrepase y abrume no siempre es posible. La tolerancia a la frustración es un factor importante para aceptar los vaivenes propios de la diabetes sin que estas afecten el autocontrol.

Si los niveles de azúcar permanecen dentro del margen normal, la única vez en que se requiere de hospitalización es al momento del diagnóstico. Los estados ya descritos de hiperglicemia e hipoglicemia recuerdan en el transcurso del día, que se es diabético. La mayoría teme a los efectos de coto plazo de una baja en el azúcar mientras otros se preocupan por las complicaciones a largo plazo producidos por una hiperglicemia sostenida.

Se debe aprender a aceptar que cada uno de estos estados requiere de una intervención oportuna, y que no debieran intervenir con las actividades de la

¹⁴ Polaino- Lorente (1994). *Psicología y Diabetes infante juvenil*, pág. 187.

vida diaria. Que la calidad y estilo de vida de un joven diabético es igual que las de un no diabético, no tienen limitaciones a menos que aquellas que ellos se plantean y mantienen en el tiempo.

Ciertos aspectos cotidianos no son enfrentados siendo difícil, por lo tanto que sean aceptados e integrados. Por temor, mantienen un estado de hiperglicemia constante por el miedo de presentar una hipoglicemia. Se debe tener presente que un diabético bien controlado suele tener al menos una hipoglicemia al día y que el reconocimiento e intervención ante esta es sencilla, solo requiere de azúcar. Esto que parece de sencillo aprendizaje muchas veces requiere de soporte y guía para su comprensión,

El aprendizaje que requiere el reconocimiento de la sintomatología propia de cada uno de estos estados obligan a prestar atención a las señales que envía el cuerpo y el progresivo conocimiento de sí mismo. Si bien los síntomas son individuales, muchos tiene el carácter de ser mas o menos universales. Por ejemplo, al poco tiempo del diagnóstico ya saben que las reacciones biológicas del organismo en una hiperglicemia se acompañan de cambios de humor como la irritabilidad y rabia. Se puede pensar que el diabético tiene la obligación de conocerse a sí mismo, pero en realidad tienen la ventaja de conocerse y saber más acerca de sí que su grupo de pares.

F. Ratner, en una reciente exposición en el congreso mundial de diabetes, señala que para mantener la glucosa de la sangre niveles cerca del rango normal en adolescencia, y dado que los regímenes de tratamiento varían, debe animarse a que sigan protocolos intensivos y educar a los adolescentes respecto a sus ventajas. Los adolescentes necesitan ser motivados para vigilar sus niveles de

la glucosa de la sangre, realizando, al menos cuatro glicemias por día. Deben aprender el cálculo de carbohidratos en sus comidas, puesto desean planes flexibles de la comida, deben ser informados sobre las complicaciones de la diabetes ya que los problemas micro circulatorios y neuropáticos pueden comenzar en esta edad. Es imprescindible aconsejar a las adolescentes en cuanto a los efectos de fumar, sobre el consumo del alcohol y de la experimentación de la droga en la diabetes.¹⁵

La falta de adherencia se constituye como un foco central del tratamiento y apoyo psicológico, dado que se reconoce su asociación con el pobre control metabólico.

La actitud que se desea alcanzar es de cooperación, donde el joven se encuentra motivado y adopta una conducta acorde a la educación entregada donde busca cumplir con las indicaciones de su médico y seguir correctamente el tratamiento.

1.4.1 Adolescencia Normal

El período de la adolescencia es una etapa crítica, que se acompaña de importantes cambios que se acompañan de sentimientos positivos y satisfactorios que resultan de una vivencia plena de sentirse amado y de aceptarse a sí mismo y al mundo que le rodea. Esta etapa de crecimiento, como toda definición se acompaña de renuncias, decisiones y resoluciones.

Es una etapa potencialmente crítica en cuanto se produce una desintegración de la personalidad, lo que conduce a que la conducta se desorganice, el joven no comprende que ocurre en su interior, se desorienta

¹⁵ Ratner, F. Fragmento exposición Congreso Mundial sobre Diabetes, enero 2000.

respecto a su imagen y concepto de sí mismo, no reconoce que quiere y no sabe como actuar ante las nuevas exigencias ambientales. El que este período afecte la vida personal del joven en forma mas o menos duradera y con mayor o menor repercusiones, dependerá de su personalidad, la relación que mantenga con personas significativas de su entorno, las circunstancias materiales, sociales, y educativas que lo rodeen.

Frente a la tarea de definir la identidad personal y de plantearse proyectos y planes de su vida, nos encontramos con un período que se caracteriza por un aumento de la vulnerabilidad psicológica propia de los estadios críticos del desarrollo, el cual se expresa en una mayor labilidad, menor autocontrol y un aumento de conductas impulsivas (Berwart H. y Zegers B. 1980).

En el transcurso de la adolescencia se integran diversos aspectos de la personalidad, complementándose el conocimiento personal acerca de las propias habilidades, capacidades, sentimientos, intereses y motivaciones junto al conocimiento de la realidad externa. Esto lleva a que el joven deba alcanzar una integración personal- social

En la búsqueda y definición de la propia identidad, puede alejarse en el intento de establecerse como individuo. Debe buscar una posición entre el ideal y la realidad de sí mismo, que mas que traducirse en un juicio, se presenta en el grado de autoestima.

En el plano afectivo, la intensidad de los afectos hace que en ocasiones sea difícil la modulación y control. El comportamiento varía entre un control rígido y una entrega a los impulsos; donde el control rígido aumenta las tensiones y la

insatisfacción, y la entrega a los impulsos debilita su autoestima y sentimientos de seguridad.

Aparecen sentimientos de independencia y seguridad exagerados sumándose a la rebeldía y cuestionamiento que se puede tomar contra el tratamiento, donde lo importante es que mantenga la comunicación y hacerle conocer reglas y las razones de éstas.

El grupo de pares cobra especial relevancia, quienes serán un reflejo y complemento para la definición y configuración de sí mismo. Los intercambios sociales le sirven como espejo de su individualidad, pero las tendencias orientadas hacia los demás son restringidas en una personalidad centrada en sí misma, donde los demás siempre están presentes.

Oscilan entre una necesidad de independencia extrema y la dependencia, que lleva a conflicto cuando la necesidad de apoyo se presenta y no sabe como buscarla, lo que se traduce en una gran sensibilidad de su parte. En caso de un joven diabético esto afecta las relaciones con los padres, donde el tema dependencia- independencia cobra especial relevancia, ya que a pesar que se lucha por la autonomía, los padres permanecen presentes supervisando el control.

Estos elementos entran en conflicto en el caso del diabético quien no quiere ser diferente a sus pares, desea tomar responsabilidades, busca la independencia y convertirse en adulto, pero se ve restringido por la dependencia a dosis de insulina, y cuidados en su régimen alimenticio.

Debe alcanzar una autonomía responsable que implica independencia de la familia, capacidad de dirigir y controlar su conducta de acuerdo a normas, principios y valores definidos y propios.

En ocasiones las “experimentaciones” típicas de adolescente pueden ser riesgosas, como el uso de alcohol y drogas; o bien falsifican su glicemia para cambiar su dosis de insulina o manipular la comida para bajar de peso. Todo adolescente cree que nada malo le va a pasar a él, sin importar las veces o argumentos que se les dé, por esto es importante que se entreguen conocimientos y herramientas básicas para que pueda participar de sus propias decisiones.

1.4.2 Acerca de la “Personalidad Diabética”.

Menninger concede una gran importancia a los factores psicológicos en la etiología de la diabetes. Años mas tarde, Dunbar, en 1943, consolida la relación entre psicología y diabetes al introducir el concepto de “personalidad diabética”.

Al igual que estos autores, hay quienes se apoyan en una especie de “retrato del joven diabético”, el cual, desde una perspectiva psicológica los describe como personas afectivamente reservadas, hipocondríacos, con fluctuaciones frecuentes y marcadas en su estado de ánimo, inseguros, suspicaces, agresivos, y con importantes dificultades para relacionarse socialmente, así como con problemas en su identificación sexual. En función de la observación se fue reduciendo y afirmando que el comportamiento del diabético oscila entre la dependencia y la irritabilidad explosiva.¹⁶

¹⁶ Polaino- Lorente (1994). *Psicología y Diabetes infanto juvenil*.

Un estudio clínico en 15 adolescentes escogidos por su mal control metabólico, Orr y cols. (1983) observó importantes problemas psicosociales. Destacaba el aislamiento y retraimiento social, depresión y el exceso de ausencias al colegio. Así mismo, los autores observaron la presencia de disfunciones familiares, padres inadecuados, falta de participación de los padres en el tratamiento, rigidez, sobreprotección e importantes problemas para resolver conflictos.

Luego de algunas investigaciones, como las de Murawski y Chazan, 1970; Kock y Molnar, 1974; donde se ha estudiado la diabetes como una enfermedad psicosomática, así como una enfermedad responsable de trastornos de conducta, no ha podido demostrarse la existencia de la "personalidad del diabético", o de un "perfil psicopatológico" específicos o ligados a esta condición.

Estos estudios señalan que el trabajo y abordaje psicológico no debe ser diferentes a la aproximación clínica escogida en caso de jóvenes no diabéticos, donde en ambos casos el desarrollo evolutivo busca alcanzar las mismas metas.

1.4.3 Aprendizaje y Aceptación.

El modo en que se viva con esta condición es fundamental para la aceptación y grado de compromiso que se adquiera en el cuidado. En la medida en que se reconozca y acepte como diabético no verá limitada las posibilidades de realizar una vida normal siempre y cuando exista responsabilidad y constancia para mantener el tratamiento.

La diabetes no es una condición que marque morfológicamente, no existe una señal o característica corporal que los identifique como diabéticos,

permitiendo a que pueda pasar oculta incluso para quien la padece. Resulta importante distinguir entre el silencio clínico y espontáneo, del ocultamiento voluntario de la enfermedad. Distinguir aquel joven que no informa acerca de su condición aún siendo necesario, por ejemplo, en el colegio, evitando, ya sea por temor o por vergüenza que sus compañeros se enteren acerca de su condición.

El diabético debe aprender a convivir con su enfermedad, de manera que sabiéndose enfermo no lo oculte, pero tampoco que este constantemente anunciándolo.

Durante los períodos críticos, la adherencia al tratamiento se toma más difícil y los jóvenes concuerdan que la comunicación permanente con quienes comparte su condición, los ayuda a enfrentar períodos críticos, sobretodo durante al adolescencia, donde cruzan una etapa de "rebeldía" frente a la enfermedad, descuidando el tratamiento conduciendo a seria complicaciones que a la larga resultan irreversibles.

La intervención de monitores diabéticos maduros que autocontrolan mejor su enfermedad es decisiva, demostrándose su efecto en marcos tales como los campamentos de verano. En este marco niños y jóvenes aprenden tanto acerca de aspectos técnicos del autocontrol como formas de enfrentamiento a situaciones que pueden resultar frecuentes. Aquí los monitores se trasforman en modelos a seguir, ejemplos de como vivir con la diabetes día a día que luego serán imitados.

También es posible afirmar que la adherencia al tratamiento y la aceptación de esta condición, depende de la interacción de diversos aspectos, dentro de los que se debe considerar los conocimientos que se tiene respecto de la diabetes,

creencias acerca de las propias habilidades para desempeñar las actividades, siendo también importantes las destrezas y estrategias de lucha y enfrentamiento que se posean para manejar situaciones problemáticas.¹⁷

Así resulta posible comprender que las creencias que existan acerca de la diabetes y acerca de las propias capacidades tiene un importante impacto sobre si será posible o no mantener un buen autocontrol. Si la creencia a la base es que la diabetes nunca podrá manejada ni controlada, difícilmente se hará algo, lo que conducirá a que no exista una actitud activa ni un verdadero interés por aprender y convivir con esta condición. Si por le contrario, la creencia a la base es que sí es posible tener una vida normal con la diabetes y que la persona podrá mantener rangos normales de autocontrol, es probable que el sujeto mantenga una actitud proactiva respecto a su diabetes.

1.4.4 Estrategias de Intervención

Basándonos en estos aspectos surge la necesidad de integrar aspectos de intervención para la educación del niño y joven diabético, esto presenta problemas que ya que la cronicidad de la diabetes hace más difícil la valoración de la eficacia de las diversas intervenciones.

En segundo lugar, dado el marco interdisciplinario que se debe abarcar y el hecho de que en la educación se deban considerar contextos muy diferenciados, donde padres, médicos, nutricionistas, psicólogos y profesores están simultáneamente implicados en la educación, dificulta la comunicación e intercambios.

¹⁷ Polaino- Lorente, A. y Gil Roales- Nieto, J. (1994).

En tercer lugar, la versatilidad de los factores psicosociales estresantes deben ser considerados en la realización de programas especiales.

Resulta importante señalar que se ha confirmado que no se trata de darle todas las responsabilidades e información, ya que se ha visto que a los jóvenes que se les entrega demasiada tienen un menor autocontrol de su diabetes.¹⁸

Es frecuente que pacientes bien controlados y compensados, ante la cronicidad del proceso o el cansancio de someterse continuamente a un régimen, pueden marchar hacia a tras o bien cuestionar su tratamiento, cayendo en rechazo de la diabetes o en el abandono de las medidas de autocuidado que, hasta el momento, habían sido seguidas con atención. En todo caso, muchos de estos momentos críticos son de cierta utilidad, por cuanto durante ellos la familia o terapeuta puede aprovechar para intensificar el entrenamiento diabético. (Observación abstraída de conversaciones con adolescentes diabéticos que presentan un buen auto control).

2. Autoestima

La autoestima es un fenómeno perteneciente a la vida afectiva de la persona, que consiste en la valoración de la imagen propia que hace el sujeto y el grado de satisfacción que obtiene de ello.¹⁹

Maslow afirma que todas las personas tienen una necesidad interior de sentirse valioso, digno de respeto y de admiración, no sólo ante sí mismo sino también ante otros. Emociones fundamentales para emprender y sostener el proceso de construcción personal, tal como la confianza en sí mismo, los sentimientos de fuerza y capacidad, la sensación de ser útil y necesario en el mundo social. Todo ello redunda en un sentimiento de satisfacción y seguridad en sí mismo que permite enfrentar los desafíos de crecimiento que provienen del interior de cada cual como del mundo circulante.

Resulta importante diferenciar los conceptos de autoestima y de autoconcepto. En algunos textos son términos utilizados como sinónimos. En otros como si la autoestima fuese mas general y amplia y por lo tanto, incluiría al autoconcepto, mientras en otros, se diferencia según si se refieren o fundan en un componente afectivo o bien, en lo cognitivo.

En términos generales, la autoestima es la valoración de las propias características y habilidades, mientras que el autoconcepto, al tener un carácter cognitivo, se forma de un conjunto de creencias e ideas que una persona tiene de sí misma.²⁰

¹⁸ Lowe y Arsham (1992)

¹⁹ Barreda et al (1985)

2.1 Definición de Conceptos

La autoestima está asociada a la autoimagen o autoconcepto que cada cual tiene de sí. Existe entre ambos una integración tal que la persona los percibe como una sola.

Esta valoración otorga connotaciones afectivas, que pueden ser positivas o negativas, a la estructura conceptual que va conformando el autoconcepto. Esto permite que la autoimagen sea sentida como propia, según el grado de afecto que se le tiene es lo que entendemos por **autoestima**.

Podemos agregar que la autoestima tiene dos componentes que la distinguen: sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valía personal.

La autoestima "como actitud es la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo"²¹.

Definiremos el **concepto**, como un contenido de conciencia que representa una síntesis organizada de toda la experiencia respecto al objeto y, en este sentido, se centra y organiza en torno a la significación de éste. Importante para el tema tratado durante el presente trabajo, es que el "concepto" representa la forma más elaborada y efectiva del conocimiento, desligado del dato sensible y la circunstancia temporal. De esta manera ya no sólo tiene una imagen de sí, sino que además ha ido consolidando un "autoconcepto" o lo llamado "concepto de sí mismo".

Es posible definir el **autoconcepto**, como el constructo que cada uno fabrica a través de la vida en función de sus experiencias. Ello quiere decir que

²⁰ Barreda et al (1985)

²¹ Alcántara, J. (1990), pág. 107

esta constituido por un conjunto multidimensional de valores, creencias y actitudes, frente a sí mismo, a los otros y al entorno, donde destacan aspectos físicos, sociales, emocionales así como sus actitudes. Este constructo que la persona va formando a lo largo de su vida puede ser evaluado por ella, ya que este guarda cierto grado de estabilidad y consistencia que permiten conocerlo.

2.2 Aproximaciones Teóricas

Tanto teóricos como investigadores se han preocupado de determinar la *naturaleza de la autoestima, los comportamientos relacionados a ella y cómo ésta determina y participa dentro del concepto global de personalidad*. Desde esta perspectiva es posible abordar el tema según diversas perceptivas teóricas dentro de la psicología.

La Gestalt y teóricos como Rogers centran su atención en el rol del concepto de sí mismo en la consciencia y como ésta afecta el comportamiento de la persona. Para estos teóricos no sería posible predecir la conducta humana sin conocer las percepciones, cogniciones y sentimientos del individuo.

Para los fenomenólogos, el mejor evaluador de sí mismo es el propio sujeto. Por lo que un test de autoestima sería un método adecuado para acceder a éste concepto, ya que permite llevar las experiencias privadas del sujeto al dominio público, permitiendo generar predicciones tan precisas como las que entregan las pruebas de personalidad. (Mischel, W., 1988).

Cuando el énfasis se encuentra en los factores biológicos y de herencia, el desarrollo del yo se ve como un proceso de maduración y crecimiento que realiza el individuo, influido por su herencia biológica.

Cuando el énfasis es puesto en factores ambientales, se le da más importancia al medio social para la construcción del yo reflexivo, ya que el ambiente social sería el verdadero constructor de yo.

Existen diversos autores dentro de la Psicología que consideran el concepto de autoestima dentro de sus marcos explicativos del desarrollo y funcionamiento de la personalidad. Estos coinciden en señalar que dicha variable sería un factor importante para el ajuste y funcionamiento eficaz de las personas, por lo que resulta revisar a aquellos teórico que incorporan el concepto de sí mismo y autoestima.

Allport (1974) afirma que en todo hombre se busca constantemente aumentar la autoestima. En todos los niveles se da una "tendencia ascendente del yo", dándose también la lucha con el exterior para mantener la autoestima. El autor dice que el desarrollo de la autoestima sería un deseo fundamental en la naturaleza del hombre.

William James es uno de los autores que contribuye con uno de las análisis teóricos más impotentes con relación al concepto del self. Para este autor el self se divide en dos componentes principales: un "yo" y un "mi". En este último se encuentra todo lo que la persona llama como suyo, es decir, aquellas cualidades que definen al self como conocido u observado. Distingue entre un "mi social" un "mi espiritual" y un "mi material", y cada individuo los organiza jerárquicamente. El otro aspecto de self, el "yo", es el self conocedor, aquel que continuamente organiza e interpreta la experiencia de una manera subjetiva y que incorpora todas las interacciones de la persona con su mundo. El sujeto es consciente de su yo a través de tres tipos de experiencia: la continuidad, la

distintividad y la voluntad. Las evaluaciones que la persona realiza acerca de si van generando un concepto de sí mismo o autoestima. (Damon, W., Hart, D. 1982).

Para P. Lersch la necesidad de autoestimación es un juicio de valor respecto a sí mismo con independencia del juicio de los demás y que busca aquello que somos en nuestra propia individualidad otorgando un contenido del valor del yo personal único y distinto. Donde toda persona le otorga un valor a su yo individual según una jerarquía que se otorga a sí mismo.

Erikson plantea el concepto de "Confianza Básica v/s Desconfianza Básica" como una crisis que experimenta el recién nacido y que debe resolver para continuar con su desarrollo y en un futuro contar con una autoestima positiva. La solución a este conflicto es la primera tarea del yo, por lo tanto, una tarea que radica en el cuidado materno, particularmente en la calidad de la relación. El manejo sensible de las necesidades del niño y firme sentido de la confianza personal, da la base para un sentimiento de identidad que después se combina con el de sentirse "aceptado", y por lo tanto un posterior desarrollo de la autoestima.

Rogers señala que la autoimagen sirve de guía para la adaptación y ajuste al mundo externo. Considerando al sí mismo como una gestalt coherente y organizada, que está en una continua formación y cambio a medida que las situaciones se desarrollan, generando un progreso constante de reconocimiento. La visión que una persona tiene de sí misma se basa en experiencias pasadas, hechos presentes y expectativas futuras. "Designa la configuración experiencial compuesta e percepciones que se refieren al yo, a las relaciones del yo con los

demás, con el medio y con la vida en general, así como con los valores que el sujeto concede a estas diferentes percepciones”²²

Maslow postula presencia de necesidades de estimación dentro de su teoría de la Motivación humana, y define al sí mismo como el punto central e innato de todo individuo. Considera a la autoestima como un factor importante dentro del proceso de desarrollo del ser humano, ya que podemos dar, respetar y amar cuando lo hemos hecho primero con nosotros mismos. Esta necesidad de autoestima se describe como una exigencia interior que experimenta la persona de sentirse valioso, digno de respeto y de admiración, no sólo ante sí mismo sino también ante otros.

Mussen y otros (1982) señalan que la autoestima responde a un juicio personal de valor expresado en actitudes que el individuo muestra con respecto a sí mismo, que surge de la experiencia, y que es traducido en una percepción positiva o negativa de sí mismo producto de una decantación a partir de las imágenes que el sujeto tiene producto de las experiencias que se configuran en un sí mismo estructurado.

Marsh, Smith y Barnes (1984), dentro de la Teoría de las Atribuciones, relacionan las atribuciones con al autoestima, señalando que el concepto de sí mismo favorable es ^{mente} consiste con atribuciones de habilidad y esfuerzo para explicar resultados exitosos en el desempeño de una tarea, e decir, atribuyen el éxito a orígenes internos. Lo contrario se observa en sujetos con baja autoestima, quienes atribuyen el éxito a causas externas mientras que los fracasos reciben atribución interna.

²² Rogers, C. y Kinget, M. (1971), pág. 196

Barreda y cols.(1985) señalan que la autoestima es el componente evaluativo, un juicio que el niño hace de sí mismo. De este modo se distingue una "autoestima básica", "autoestima física", "autoestima social", y una "autoestima académica". Afirma que la tendencia del niño a menospreciarse a sí mismo se generaliza y afecta la imagen de la integridad y calidad de su propio cuerpo, un concepto negativo de sí mismo puede fomentar una actitud defensiva en las relaciones del niño ante sí y ante los demás y estorbar el ajuste escolar.

Carrasco (1992) define la autoestima como la valoración positiva o negativa que el sujeto tiene de sus rasgos, atributos y características de personalidad, incluyendo las emociones que se asocian a ellas y las actitudes que tiene respecto a sí mismo. La autoestima es el grado en que se valora la autoimagen. Se va formando a través de un proceso de asimilación y reflexión, en que se van interiorizando las opiniones de las personas socialmente relevantes para ellos, utilizándolos como criterios de su propia conducta.

Alcántara (1993) sostiene que la autoestima, es una actitud hacia uno mismo, una forma de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. La autoestima sería adquirida, consciente, estable y dinámica por lo que se puede desarrollar. Corresponde a las líneas confirmadoras y motivadoras de nuestra personalidad, que la sustenta dándole sentido.

2.3 Autoestima según Stanley Coopersmith

La definición conceptual de autoestima en que se fundará este estudio será la propuesta por Stanley Coopersmith (1967), quien entiende por autoestima: "La

evaluación que el individuo hace y mantiene en forma perseverante hacia sí mismo; se expresa en una actitud de aprobación o reprobación, e indica hasta donde el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. En resumen, la autoestima es un juicio personal y de valor que se expresa en las actitudes que el individuo toma de sí mismo".²³

Entiende la autoestima como la evaluación que una persona hace y mantiene de manera acostumbrada al observarse a sí mismo, conceptualizando la autoestima desde la perspectiva de las actitudes, señalando que es posible obtener las actitudes hacia sí mismo a través del procedimiento de un test.

El autor se refiere al "sí mismo" como una abstracción que realiza el individuo según sus atributos, capacidades, y actividades que realiza, según la idea que la persona tiene acerca de sí y las distintas áreas de experiencia en el curso de su desarrollo. La base de estas abstracciones serán las observaciones que el sujeto hace de su propia conducta, sus actitudes y del modo en que los otros responden a estas.

El estudio de Coopersmith se centra en una de las múltiples dimensiones del concepto de sí mismo: la autoestima, la que posee una actitud evaluativa que el sujeto mantiene. Describe la autoestima como una evaluación que realiza el sujeto de manera acostumbrada respecto a sí mismo, expresando una actitud de aprobación o de desaprobación, en forma de experiencia subjetiva que el individuo expresa a otros en forma verbal o a través de su conducta.

"Le asigna a la autoestima una función importante en la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y el desarrollo de la salud

²³ Coopersmith, S. (1967), pág. 5

mental"²⁴. De la forma en que el niño se valora resultan cualidades subjetivables y valorativas sobre uno mismo según las características que posea y los rasgos más importantes que lo caracterizan. Estas se organizan en hipótesis o ideas respecto a una imagen propia como una especie de retrato personal, basada en aquellos aspectos estables y generales del desarrollo.

Señala que la autoestima no está separada del desempeño escolar, las habilidades sociales o físicas; si no que la autoestima es una actitud que se refleja en diversas dimensiones siendo en realidad un sola.

El desarrollo de la autoestima está relacionada con eventos y personas significativas de la vida, según lo cual Coopersmith distingue cuatro factores que influyen:

- 1) El respeto y aceptación de las personas significativas que se relacionan con el sujeto. Para Coopersmith, nos valoramos tal como somos valorados por otros. KCS

- 2) El segundo factor es el éxito que el individuo haya experimentado en su vida, principalmente respecto a su grupo de referencia. El éxito o fracaso será enjuiciado según su habilidad para poder influenciar a otros (poder), el cual se manifiesta a través del reconocimiento y respeto que recibe de los otros significativos. Smith

La aceptación, atención y afecto de los otros según la percepción de amor y preocupación expresadas por figuras significativas, otorgan una significación y un valor al sujeto. Dentro de este factor el autor distingue también la virtud, que conduce a la adhesión de estándares morales y éticos aceptados por el grupo de

²⁴ Acuña y col. (1993), pág.14

referencia, que genera una actitud positiva hacia sí mismo al cumplir con los valores deseados.

El éxito aumentará según el nivel de desempeño y competencia que se posea para enfrentar las demandas requeridas.

3) El tercer factor está constituido por los valores y aspiraciones elegidos según las figuras claves en la vida. Lo que diferencia a los sujetos con distinta autoestima son los ideales personales que se ponen a sí mismos, y que representan las propias elecciones, personas con alta autoestima esperan más de sí mismas, y los sujetos con baja autoestima, aún cuando estén deseosos de que tal éxito ocurra, están menos optimistas de que suceda.

4) El último factor está dado según cómo el sujeto responde a la devaluación de la autoestima, es decir, el modo de manejar la incertidumbre, la ansiedad, sentimientos de incompetencia, frustración e insignificancia, entre otros.

A través de la autoevaluación el sujeto examina su comportamiento, actitudes, atributos y capacidades, tomando una decisión acerca de su propio valor. Esta auto evaluación se realiza a través del un test y que también pueden ser observadas en la conducta del individuo. Al enfocarse en el producto final del proceso de enjuiciamiento es posible realizar una comparación.

Este autor distingue distintas áreas de la autoestima: hogar- padres, colegio, general y según el grupo de pares. Evaluando también una escala de mentira.

- 1) Pares, refleja los sentimientos de adecuación y valoración en la interacción con su grupo de pares;
- 2) Hogar, refleja los sentimientos de valoración y aceptación como miembro de la familia;
- 3) Escolar- Académica, se refiere a los sentimientos de valoración y aceptación respecto al desempeño del sujeto en el ambiente escolar;
- 4) Interese Personales o General que refleja la percepción y sentimientos de valor que el sujeto mantiene de manera acostumbrada en relación consigo mismo;
- 5) Escala de Mentira, se refiere a los sentimientos defensivos del sujeto para mantener una adecuada imagen frente a los demás.

El sujeto se puede considerar más o menos valioso en las distintas áreas o en la apreciación de la autoestima general, donde las ponderaciones de las distintas áreas variarán de acuerdo a la importancia subjetiva que tengan para el sujeto.

La investigación realizada por Coopersmith entre 1959-1967, en una muestra de 1947 niños hombres cuyas edades fluctuaban entre los 10 años y la temprana adultez, todos pertenecientes a un nivel socioeconómico medio, revela que los niños se podían dividir en tres grupos de acuerdo a su nivel de autoestima. Realizó una clasificación en alto, medio, bajo y realizó una descripción de las características de cada uno de estos grupos concluyendo que

los niños con alto autoestima se caracterizan por tener una visión positiva y realista acerca de sí mismos y de sus habilidades, no dejándose afectar en forma desmedida por las críticas, lo que les permite tener éxito en sus labores académicas y en su medio social

A diferencia de éstos, los niños que tienen un nivel medio autoestima, mostraron ser más conformistas, con una mayor necesidad de sentirse aceptados socialmente y menos seguros de sí mismos.

Finalmente, los niños con baja autoestima se caracterizan por ser tímidos, retraídos, menos activos en la participación de actividades sociales, inseguros y susceptible a las críticas de los demás.

Coopersmith, visualiza que la actitud y conducta de los padres, es concordante con el nivel de autovaloración que presentan sus hijos. Por ejemplo, en hogares en los cuales se trata a los niños como individuos importantes y significativos, donde no se aplican castigos físicos y demuestran afecto en forma física, son calificados por sus hijos como "justos", éstos niños logran un alto nivel de autoestima. Por otra parte, cuando los niños ven a sus padres como "injustos" y en su hogar la disciplina es demasiado permisiva o dura, éstos presentan un bajo nivel de autoestima.

En síntesis, dentro de las conclusiones de su investigación entre los años 1959 y 1965, Coopersmith menciona algunas características relacionadas con una baja o una alta autoestima. Dentro del primer grupo observó características como el conformismo, locus de control externo, pasividad, mayor deseabilidad social, baja autonomía, sujetos vulnerables, poco realistas, con mayores montos de ansiedad y agresividad. En este grupo se observó que los padres resultaron ser

muy permisivos o muy autoritarios, y que en su mayoría habían experimentado situaciones de rechazo. (Coopersmith, 1967). El autor explora la naturaleza de la autoestima y posibilitó medir y acceder a la actitud que el sujeto tiene hacia sí mismo.

III.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

III.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1 Objetivos Generales

1. Evaluar la autoestima en jóvenes diabéticos; buscando identificar y describir aquellas áreas que les sean características, destacando fortalezas y señalando aquellas debilidades, con el fin de aportar conocimiento sobre este tema, relacionado Diabetes infantojuvenil con el campo de la Psicología.
2. Observar si la autoestima es una variable de importancia en el autocontrol metabólico, comparando las características generales de la autoestima de un grupo de jóvenes diabéticos Insulino-dependiente y su autocontrol metabólico evaluado según la última hemoglobina glicosilada.

3.2 Objetivos Específicos

1. Evaluar la autoestima en jóvenes diabéticos a través de la aplicación del inventario de Stanley Coopersmith; diferenciando y describiendo las distintas áreas planteadas por el autor.
2. Observar semejanzas y/o diferencias según la edad de los adolescentes, con el fin de realizar o establecer comparaciones entre quienes presentan esta condición.
3. Observar semejanzas y/o diferencias según el sexo de la muestra, intentando establecer comparaciones entre quienes presentan esta condición.

4. Describir las relaciones entre los niveles de autoestima (alta, media o baja) y la hemoglobina glicosilada (buena, adecuada, pobre) presentados por los mismos adolescentes.

IV.- METODOLOGIA

1 Diseño

El siguiente estudio es de carácter descriptivo, cuyo objeto es el de evaluar y describir las características principales de la autoestima de jóvenes que presentan diabetes insulino- dependiente.

Para esto se ha escogido el Inventario de Coopersmith, ampliamente utilizado en los Estados Unidos y que ha sido adaptado y estandarizado en una tesis de la Universidad Diego Portales para optar al grado de Licenciado en Psicología el año 1992.

2. Muestra

La muestra estará formada por 40 adolescentes diabéticos insulino requerientes que asistan a la Fundación de Diabetes Juvenil.

Dada la población que se consideró para la adaptación y estandarización del Inventario de Coopersmith, se seleccionará a 20 mujeres y 20 hombres que cursen entre 7º año básico y 4º año medio, que provengan de la Región Metropolitana, con independencia de su nivel socioeconómico y comuna.

Se seleccionó a una muestra probabilística de jóvenes diabéticos insulino dependientes inscritos en la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile dado el diagnóstico y dado esta es la única institución en el país que agrupa específicamente a este grupo.

Los jóvenes se seleccionaron a través del contacto realizado por gente que trabaja o participa en actividades de dicha Organización, de modo que todos los sujetos que asisten tienen la misma probabilidad de ser escogidos.

3 Instrumento

Se han desarrollado varias escalas de autoestima, en su mayoría autodescriptivas, a fin de conocerla y medirla. Dentro de estas escalas se encuentran entre las más estudiadas: Escala de Autoconcepto de Tennessee (Tennessee Self Concept Scale), Escala de Autoconcepto de Piers Harris (Piers-Harris Self Concept), Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self Steem Scale), y el Inventario de Autoestima de Coopersmith (Coopersmith Self Steem Inventory) entre otras.

Fue realizada una entrevista semi-estructurada que recogió datos personales (nombre, edad, nivel educacional, comuna, presencia de complicaciones dada la evolución de la enfermedad). Indagó respecto a la historia general en función de la enfermedad (edad de diagnóstico, tiempo de evolución, resultado de la última hemoglobina glicosilada.) Anexo 2.

Posteriormente fue aplicado el Inventario de Autoestima S.E.I (Selfesteem Inventory) (Forma A), ideado por Stanley Coopersmith. Cuestionario cuyo objeto es medir la autoestima a través de cuatro escalas que en total consta de 58 ítems: ocho para la escala Pares; ocho a Hogar- Padres; ocho a Escolar-Académica; 26 evalúan Intereses Personales o General; y los ocho restantes a la escala de Mentira.

Es un cuestionario auto administrado, constituido por afirmaciones que se presentan en forma estructurada, ya sea con contenidos favorables o bien desfavorables acerca de sí mismo. Se espera que el sujeto responda a ellas según dos categorías establecidas: "igual que" o "distinto o mí".

Las puntuaciones se obtienen para cada una de las escala, donde los puntajes brutos de las respuestas correctas se suman por cada escala, existiendo un total máximo de 100 puntos para la escala total, excluyendo los valores obtenidos en la escala de mentira (la cual mide defensividad y no autoestima).

Este instrumento que fue traducido del inglés al español de los ítems originales, la creación de nuevos ítems y la evaluación de éstos por jueces. Luego aplicado en una muestra de 3.369 jóvenes, en un total de 20 establecimientos educacionales de nuestra capital, considerando estudiantes que cursaban entre 7º básico y 4º año de enseñanza media, considerando también el sexo y nivel socio económico de cada uno. Los resultados obtenidos resultan consistentes con el marco conceptual planteado por S. Coopersmith en el S.E.I de 1967. (Thomas, A. Y Ubilla, M.,1992).

Los resultados de confiabilidad fueron obtenidos a través del test-retest en 130 sujetos en una segunda aplicación luego de 10 meses (correlación de 0.63) y consistencia interna según el coeficiente de Cronbach (entre 0.87 y 0.92 en todas las escalas) y el coeficiente Spearman Brown. Esta investigación estudió la validez concurrente y la validez de constructo, donde los resultados muestran que la estructura del instrumento adaptado es consistente con las subescalas originales de S. Coopersmith. Se obtuvieron normas calculando percentiles y puntajes T por escala total y subescalas. (Thomas, A. Y Ubilla, M. (1992).

El primer intento por adaptar el S.E.I en Latinoamérica, fue realizado por Prewitt- Díaz en 1979. El autor reporta haber obtenido una alta confiabilidad con estudiantes de Puerto rico (0.89. en 1984), el mismo autor intenta adaptar el

instrumento en un grupo de 296 estudiantes entre 15 y 18 años del mismo país, donde el coeficiente de confiabilidad tras la traducción al español fue de 0.85.

En 1989 es publicado en la Revista Chilena de Psicología, un estudio realizado en nuestro país por H. Brinkmann, T. Segure y M.I. Solar "adaptación, estandarización y elaboración de normas para el Inventario de Autoestima de Coopersmith" con estudiantes de 1º y 2º Medio de la Comuna de Concepción, utilizando la traducción de Prewitt- Díaz, buscando estandarizar este inventario a la población chilena.

4. Procedimiento

La muestra fue contactada a través de la colaboración de la Fundación Diabetes Juvenil de Chile. Lugar donde se inscriben y participan la gran mayoría de los niños y jóvenes insulino dependientes de nuestro país, ya que les permite tener contacto con otras familias que viven y se enfrentan a una situación de vida familiar, además de prestar respaldo con apoyo e información.

Dado que la población de diabéticos tipo 1 es poca y por lo tanto difícil de contactar, se acudió a la fundación de Diabetes Juvenil de Chile de modo de acceder a la muestra necesaria.

El grupo fue seleccionado según las características ya señaladas del grupo de jóvenes que asistan a la sede de la Fundación de Diabetes Juvenil, oportunidad en la cual se realizó, en forma individual, una entrevista semi-estructurada y fue aplicado el cuestionario escogido.

A los jóvenes que asistían a esta institución se les preguntó si deseaban participar en una investigación cuyo objeto era evaluar la autoestima en

adolescentes diabéticos. Sin excepción, los jóvenes accedieron, ocasión en la cual se realizó la aplicación del cuestionario en forma individual, recopilando la información necesaria, incorporando los datos de la entrevista semi estructurada en forma individual.

5. Análisis de Resultados

Una vez completada la totalidad de la muestra, fueron corregidas las respuestas del Inventario según lo señalado por el manual. Obteniéndose un puntaje por cada sujeto, luego de lo cual se busco establecer el nivel de autoestima de cada joven (alta, media, o baja).

Luego, se organizó la información según edad y sexo. Completándose con datos personales y el valor de la última hemoglobina glicosilada.

Los datos fueron obtenidos procesados a través del programa computacional Excel, de modo de obtener el desglose de los datos que permitan una descripción y comparación.

Una vez procesada la información, fueron descritas las características de este grupo, describiéndose las características encontradas según cada una de las áreas diferenciadas por Coopersmith y los objetivos planteados. Siendo señalados aquellos aspectos que destaquen al grupo en conjunto, realizándose, también, comparaciones según sexo y edad. Buscando establecer factores que les sean propios, con el fin de concluir señalando, si es posible, aquellas áreas que se vean afectadas. Clasificando las relaciones según hipótesis o sugerencias.

A través de tablas que agrupen a sujetos según lo señalado anteriormente: un mínimo, normal, y buen autocontrol, comparando y describiendo similitudes y diferencias, se observaron los resultados obtenidos en el SEI.

Los resultados obtenidos fueron comparados en el cuestionario y el nivel de autocontrol metabólico describiéndose las relaciones observadas de modo de concluir si la autoestima es un factor importante en el tratamiento que deba ser estudiada o estimulada en este grupo.

V.- RESULTADOS

En función del análisis de resultados obtenidos tras la aplicación de SEI y según los objetivos planteados anteriormente, es posible señalar respecto de la descripción y comparación de la autoestima en función del sexo, que sí existen diferencias respecto a la autoestima presentada por hombres y mujeres. Las diferencias encontradas según el sexo señalan que la autoestima total es mayor en el grupo de hombres que el de mujeres consideradas para esta investigación.

Los resultados obtenidos indican que respecto a la evaluación tienen hombres y mujeres respecto a la autoestima total, es decir, que sobre los sentimientos e ideas de valor que el sujeto tiene respecto a sí mismo como persona, si existen diferencias según el sexo de los jóvenes (t observado= -2.65; $p < 0.05$).

Se observa que el grupo de hombres tiene una valoración propia mayor que el grupo de mujeres, existiendo una mayor aceptación respecto a la forma de ser y de hacer las cosas en el grupo masculino. (Tabla N°2).

Al analizar los resultados obtenidos, llama la atención que la autoestima general se vea afectada y disminuida en el grupo de las mujeres respecto al la exhibida por el grupo de hombres (t observado=-2.46; $p < 0,05$).

Otra área evaluada por este estudio se relaciona con la autoestima social. Es posible comprender el concepto de autoestima social como la valoración que el individuo tiene de sí, y que se da en la relación a sus relaciones que establece con los demás. En función de resultados obtenidos, se observa que el grupo de mujeres presenta, en promedio, una menor autoestima social que el grupo de hombres (Tabla N°2).

Existe una diferencia importante entre la percepción que tienen hombres y mujeres respecto de la autoestima escolar ($t_{\text{observado}} = -3.12$; $p < 0.05$), la que se caracteriza por ser más elevada en el grupo masculino. Este grupo evalúa su desempeño académico de un mejor modo, valorando de modo más positivo sintiendo aquello que realizan.

Un importante aspecto considerado en este estudio hace referencia con al edad del grupo considerado, siendo necesario referirnos a los resultados arrojados, se concluye que no existen una significativa diferencia entre los grupos de edad considerados ($t_{\text{observado}} = 0.75$; $p > 0.05$).

Los resultados señalan que si bien, no existe diferencia significativa al comparar los grupos de edades escogidos, es decir, existe una similitud entre la autoestima presentada tanto por el grupo de jóvenes de 12 a 14 años como por los mayores, entre 15 y 18 años. Sí se constan diferencias al observar los promedios (tabla N°2), donde el segundo grupo presenta una mayor autoestima general y social, pero presentando un menor promedio comparativo en autoestima hogar, escolar y total.

Por otro lado, se observa, que en términos generales a medida que aumenta la edad aumenta la autoestima, pero que en términos separados esta aumenta aún más en el grupo masculino (gráfico N° 2). Donde en la medida en que aumenta la edad de los varones su autoestima también va aumentando, mientras que al crecer en edad, el grupo de mujeres tiende a disminuir su autoestima.

De acuerdo a los resultados recopilados y ateniéndonos a los objetivos que requerían evaluar la relación entre autoestima y HbA1c, se observa que

existe relación entre los niveles de autoestima y el control metabólico presentados por los sujetos de la muestra ($t_{\text{observado}} = 2.84$; $p < 0.05$). Donde, mientras mayor es la autoestima presentada por los sujetos, mejores son los porcentajes de hemoglobina glicosilada exhibidas.

Respecto a este objetivo, es posible concluir que ésta presenta variaciones al comparar los distintos niveles de hemoglobina, observándose que aquellos sujetos con una mejor hemoglobina presentan una mejor autoestima, donde sujetos con un mal control metabólico muestran también disminuida la opinión que tiene de sí (Tabla N°2).

Analizando los puntajes, en promedio, el grupo de hombres presenta menor dispersión de puntajes de hemoglobina, siendo estos resultados comparativamente mejores que el del grupo de mujeres (gráfico N°3).

Así mismo, el grupo de mujeres muestra de forma más marcada la relación entre estas dos variables, donde es posible ver más claramente que aquellas con más altos resultados de hemoglobina muestran más baja autoestima (gráfico N°3).

Tanto en hombres como en mujeres se observa que mientras menor son los puntajes de hemoglobina glicosilada mejor son los niveles de autoestima. Llamando la atención que en promedio, el grupo de mujeres presenta mayores valores de hemoglobina que los hombres, viéndose también que aquellas con peor control tiene una autoestima menor. Así mismo, se observa que la curva de hemoglobina es más pronunciada en el grupo femenino, donde existe mayor dispersión de puntajes (gráfico N°5).

Al considerar los puntajes extremos de hemoglobina, es decir los mejores y los peores resultados en esta examen, es posible observar mas claramente la relación existente. Donde los sujetos mejor controlados presentan puntajes de autoestima mas altos que los del resto de la muestra así como, aquellos sujetos con peor autocontrol, presentan, a su vez, una menor percepción de sí (gráfico N°5).

El estudio arrojó diversos resultados, que al ser vistos a la luz de un gráfico de modo de realizar proyecciones sobre el gráfico que relaciona HbA1c y autoestima, se observa que en la medida en que aumenta la hemoglobina, menor es la autoestima total presentada (gráfico N°3).

Así mismo, resulta interesante relacionar la edad y hemoglobina glicosilada, donde es posible señalar que en la medida en que aumenta la edad de la muestra, mejor es el autocontrol, ya que menor es la hemoglobina presentada (gráfico N°5).

Otro aspecto posible de ser abstraído de los resultados se da al observar al compara la relación existente entre los niveles de hemoglobina y las diversas áreas de autoestima consideradas. Así, se concluye que la autoestima social es la que posee menor relación con los puntajes de HbA1c, esta área de la autoestima es la que presenta menor relación con los niveles de hemoglobina, es decir, a pesar de los diferentes niveles de hemoglobina la autoestima social no presenta mayores cambios entre los sujetos encuestados (Tabla N°2).

Destaca la diferencia existente en la autoestima hogar cuando se observan los distintos niveles de hemoglobina, donde los jóvenes que perciben que son más valorados por su familia presentan un mejor control metabólico (Tabla N°2).

Existe relación entre la hemoglobina glicosilada y la autoestima escolar. La autoestima influye en el aprendizaje, según los resultados es posible señalar que aquellos adolescentes con mayor autoestima tienen mayor confianza respecto a sus habilidades (tabla N°2).

**VI.- CONCLUSIONES Y
SUGERENCIAS**

Luego del análisis y observación de los resultados obtenidos tras la aplicación del Inventario de S. Coopersmith en un grupo de adolescentes diabéticos, es posible la identificación y posterior descripción de ciertas características que se dan al interior de este grupo con el fin de responder a los objetivos planteado.

De la forma en que el joven se valora resultan cualidades subjetivas y personales de carácter, considerando el conjunto de ideas sobre la clase de persona que el adolescente siente que es, según las características que posea y los rasgos que lo caracterizan. Estas se organizan en hipótesis o ideas respecto a una imagen propia como una especie de retrato personal. Por lo tanto, es importante que el joven no centre su valoración personal en un área específica, como la diabetes, ya que para desarrollar una autoestima básica positiva se debe tener un equilibrio de todos los aspectos de su personalidad.

Si profundizamos respecto de la autoestima social, es posible señalar que el ser aceptado por el grupo de pares se torna una temática fundamental durante la adolescencia. El sentir que se es diferente a los compañeros producto de la diabetes presenta un problema que no se debe dejar de enfrentar. Ocultar la condición, comer golosinas, aceptar la presión del grupo, evitar realizarse un examen de glicemia frente al grupo, son consecuencia de esto y que llevan, por un lado a que no se reconozca su diabetes entorpeciendo la aceptación de ésta, y por otro, que exista un mal control metabólico.

La seguridad y confianza de poder tener contacto con los demás determina el modo en que se llega al grupo. Debe considerar el comportamiento total de las personas, integrar de modo global los distintos aspectos y características de su ser como único sin que la diabetes sea el eje y única característica que conduzca a que termine por evitar toda situación de contacto, aislándose y ocultando su condición.

La aceptación y respeto por parte del grupo resulta de importante trascendencia. Si el joven participa de un medio que lo acepta tal como es, con sus capacidades y limitaciones, permitirá que desarrolle relaciones profundas con los demás, y que se desarrolle una positiva valoración de sí mismo. Esto concuerda con lo planteado por Coopersmith, quien afirma que nos valoramos a nosotros mismos según como hemos sido valorados por los demás.

Las características de grupo de referencia resultan fundamentales, ya que su influencia y aceptación de un joven con esta condición afecta en importante medida ya que lleva a que la diabetes sea vista con naturalidad. Si por el contrario, el grupo tiende a discriminar a un joven por su diabetes, o bien, rechazan la realización de partes de tratamiento (por ejemplo, que se realicen las glicemias), esto afectará el comportamiento y naturalidad con que estos procedimientos deben ser enfrentados.

La confianza que exista al interior del grupo cobra especial relevancia en los momentos en que se enfrenta un estado de hipoglicemia. Ocasión en que resulta fundamental que quienes acompañan al joven sepan que acciones son las necesarias, *sobretudo cuando se puede presentar el caso en que ya no se logre manejar en forma autónoma e independiente, como ante una hipoglicemia severa.*

Donde el joven puede perder la consciencia y solo la acción de otro (inyección de glucagón) puede ayudar a que se supere el estado. Debe existir confianza, una comunicación profunda para explicar de que trata y como manejar esta situación.

Es decir, sus sentimientos de valoración en la interacción con su grupo de pares es menor en el grupo de mujeres. El deseo de ser parte de un grupo puede conducir a buscar la igualdad, donde sentir que se es diferente disminuye los sentimientos de valía. Esto puede presentar mayores problemas para que aceptan su condición frente al grupo.

Es común observar que el grupo de los hombres, se conforma de acuerdo a las actividades en común. Dentro de estos grupos el niño aprende a ser independiente y a manejarse en forma autónoma. Ante discusiones o peleas debe aprender a defenderse solo y para esto es importante que exista un concepto de sí mismo fortalecido para poder hacer frente a sus amigos. Estas actividades permiten que aumente la interacción, confianza y comunicación, hechos que pueden afectar en que este grupo presente una autoestima social mayor que en el grupo de mujeres.

Otro factor que puede ser relevante es la relación con el núcleo familiar también puede ser un factor que afecte el desempeño social. La autonomía e independencia que se ha alcanzado respecto los padres se ve reflejada en esta área. Donde, por lo general los jóvenes se presentan más independiente que las mujeres respecto al núcleo familiar. Esto afecta las relaciones interpersonales, donde ya se espera que sea ahora el grupo de pares el que haga de referencia y no los padres, observándose que las niñas permanecen más tiempo ligadas a la familia.

Al existir mayor sobreprotección hacia las niñas, muchas veces no se les permite su inserción en un grupo dada la preocupación de que algo les ocurra. Esto conduce a que el progresivo distanciamiento de las actividades sociales que se haga patente en este momento, en que se espera que se comparta mas tiempo con las amistades que con los padres.

Un aspecto central en el positivo desarrollo de una autoestima social es que el joven se sienta aceptado y, por lo tanto, integrado en un grupo. Que no sea discriminado por su diabetes, ya que, como todo joven, tienden a comportarse en forma consistente con lo que se dicen de ellos.

La Memoria para optar al título de psicólogo existente en nuestra Universidad que abordó el tema de la diabetes ya destacó la importancia del impacto en la familia de la diabetes, área en que pueden continuar los aportes y que también es evaluada en el Inventario de Coopersmith a través de la autoestima hogar.

La presencia de una enfermedad crónica que requiere del involucramiento total de parte de los padres en un comienzo, hace que se difícil para ellos comprender que el autocontrol depende ahora de su hijo en la medida en que este crece. No porque el niño sea responsable de sí, los padres deban distanciarse o perder la preocupación e interés inicial.

Sí los padres no aceptan normalmente la situación y partes de tratamiento, difícilmente lo hará el niño. Si el modelo del niño transmite temor, desconfianza y rechazo ante la diabetes, el niño recibirá esto, aprenderá de este modelo

conductas y modos de manejo que en nada favorecen el autocontrol y más serio aún, la aceptación de esta condición de vida.

Se trata de alcanzar la independencia y el autocontrol. Los padres deben transmitir confianza y seguridad tanto en el tratamiento como en las capacidades del joven. Alentar en aquellas momentos o situaciones en que mantener el autocontrol resulta difícil.

Todo joven persigue la autonomía y, el manejo de la diabetes puede transformarse en un modo de enfrentar a los padres demostrándoles de lo que puede ser capaz en busca de la independencia. *Paulatinamente se les entregó su cuidado, pero las padres siempre se mantuvieron presentes a través de la supervisión. La intervención de los padres, puede ser tomada como una invasión al espacio personal o bien, como un cuestionamiento y evaluación respecto a como se está llevando a cabo el autocontrol, generándose un choque entre la supervisión y la libertad.*

Los sentimientos del joven de aceptación y valoración que existen al ser miembros de una la familia pueden verse afectados por la hipersensibilidad, labilidad, y polaridad dependencia- independencia que cobra relevancia en este período.

Los adolescentes cruzan un período en que suelen ser extremadamente sensibles, sintiéndose a menudo heridos por "todo o todos". Esta hipersensibilidad conduce a la creencia de sentirse constantemente postergados y rechazados, pudiendo terminar por ver a los otros como una "amenaza". Lo que puede traducirse en una actitud defensiva que puede tomar la forma de introversión, timidez o agresión entre otras.

La rebeldía, que suele verse acentuada como característica propia de esta etapa de la vida, puede conducir a que se realicen transgresiones a su régimen, se espacien o dejen de concurrir a los controles médicos, pudiendo abandonar el automonitoreo. Como oposición a la autoridad, rehuyen a obedecer las indicaciones, llegando a ser en ocasiones muy difíciles de manejar.

Esta rebeldía resulta comprensible como momento esperado como parte del crecimiento, el problema es cuando se presenta fuertemente cuando un joven diabético, busca oponerse o negarse a mantener sus cuidados pudiendo desencadenar un problema a corto (hipoglicemia) o largo plazo.

Se ha observado que la diabetes es un nexo importante que une a padres e hijo. Los padres muestran constante preocupación y es un tema frecuente de conversación y comunicación. En la búsqueda de independencia, el joven ya no quiere que sus padres se inmiscuyan, y los padres ven amenazada la unidad familiar. Esto conduce a que este se torne en un tema complejo de ser enfrentado: el padre quiere saber, revisar el cuaderno de glicemias, y el joven se opone.

Esto puede deberse a la inestabilidad afectiva o inmadurez emocional que puede presentar grupo femenino, en forma independiente de si se trata o no de una joven con diabetes. Se observa que si bien son las responsables permanecen adheridas a una actitud conformista y complacidas por la sobreprotección.

La demanda de protección entra en conflicto con la búsqueda de independencia produce desorientación también en los padres, quienes no saben como enfrentarse y encontrar un acuerdo. Debido a los sentimientos

contradictorios sobre el hecho de ser independiente, la mayoría de las adolescentes más jóvenes alternan entre una actitud madura y una infantil.

Por otro lado los padres, quienes desean ver a sus hijas crecer, restringen en muchas ocasiones su autonomía. Los adultos tienden a tratarlas como si fueran menos capaces o responsables de lo que en realidad son, tras su propio temor o inseguridad. Esto puede llevar a que el grupo de mujeres perciba que su madurez es minimizada y que su libertad es disminuida. Un joven se hace independiente no solo porque son física y cognitivamente maduros, si no que también por la autoeficiencia que se espera de ellas.

También es posible suponer que en ocasiones las jóvenes utilizan el autocontrol como una manera de manipular a sus padres, es decir, al reconocer la preocupación e importancia que estos le atribuyen al tratamiento, aprovechan de realizar transgresiones para dañarlos, o bien, para captar su atención.

La percepción de una buena disposición para volverse autónomos se traduce en una creciente separación de padres e hijos en esta etapa, y el esta se vea minimizada en las mujeres lleva a que presenten una grado de independencia menor que el grupo de varones. Esto no es distinto en el caso de jóvenes no diabéticos, ya que el aumento de la confianza en uno mismo, siendo o no diabético, conduce a la adopción cada vez mayor de responsabilidades para regular la propia conducta.

Quizás la actitud ocasional incongruente de los padres ante la emergente autonomía de sus hijos sea también un problema en el momento de otorgar responsabilidades. Algunas veces están deseosos de que el joven sea el único a cargo de su autocontrol, rápidamente les entregan y empujan hacia este objetivo.

Quieren que sus hijos asuman plena responsabilidades sobre sus acciones y decisiones, pero dudan de otorgarles confianza manteniendo tomando decisiones en su nombre tanto como sea posible, lo que se manifiesta en un exceso de control o exceso de sobreprotección.

Un factor que hubiese sido interesante de indagar es el tipo de relaciones parentales existentes, y el modo en que se ejerce el rol. Cuando los padres son afectuosos y los aceptan otorgando autonomía en el autocontrol, los jóvenes se sienten mejor consigo mismos que cuando predomina el poder se que trata de ejercer sobre ellos. Se esperaría encontrar que cuando se les proporciona apoyo se potencia su autoestima y se facilita el que sean capaces de adquirir responsabilidades.

Los resultados ya descritos reconocen el papel de la familia en todos los aspectos del desarrollo humano y se ha destacado (en la memoria de nuestra universidad) la importancia del apoyo y guía del grupo parental. Un hogar que incentiva el amor y preocupación por sus integrantes, que brinda seguridad y demuestra confianza, genera sentimientos positivos los que a su vez conducen e incentivan mantener un buen autocontrol.

Al igual que la autoestima social y familiar, este estudio involucra a al autoestima escolar. Esta área de la autoestima escolar hace referencia a la percepción que tiene el joven respecto a su labor académica, sobre su disposición para los estudios y el rendimiento obtenido.

La adherencia al tratamiento de la diabetes puede ser comprendido y abordado también como una serie de tareas. Junto con requerir de estudio y mantenerse al día respecto a novedades que surgen este campo, es necesario

cumplir con una serie de metas u objetivos. Tras algún tiempo de diabetes ya se manejan todas las variables necesarias para mantener una calidad de vida perfectamente normal, pero estas se deben mantener en el tiempo. Un aspecto importante que debe presentar todo joven es la perseverancia, tomarse el tiempo necesario para reflexionar y tomar decisiones y que cuando estas no resultan como se desea, mantener la constancia.

Un aspecto bastante característico de todo adolescente, es que muchas veces no sienten deseos de hacer las cosas, quieren que todo resulte sin trabajar en ello señalando que todo les da "lata" o les "aburre". Si bien la realización de los procedimientos típicos y necesarios no toman tiempo, en ocasiones estos pueden sufrir de esporádicas interrupciones, por ejemplo, no registrar en el cuaderno los controles realizados, o bien, saltarse algún chequeo de glicemia. Esto no debería causar problemas mientras esto no se transforme en una conducta habitual, ni afecte su control metabólico.

Al igual que respecto al rendimiento escolar, todo joven diabético evalúa su autocontrol metabólico en términos de desempeño. El autocontrol metabólico, como ya fue señalado, es evaluado a través de un conjunto de exámenes objetivos. Esta evaluación puede darse frente a cada examen, o ante el resultado de la hemoglobina glicosilada. Respecto a la primera, el resultado de una glicemia indicaría si la decisión de cuanta insulina y comida se escogió fue la indicada, situación frente a la cual el joven debe evaluar si su elección fue la correcta. El resultado del examen que refleja el control metabólico por un período de tres meses desde luego, también trae consigo una evaluación, observar el resultado y comprender lo que éste implica, plantearse si los procedimientos y preocupación

han sido adecuados y correctos, así como plantearse cuales serán las metas para los próximos tres meses y qué acciones serán necesarias para alcanzarlos.

Es importante la valoración que se tenga del propio desempeño y los sentimientos de autoeficacia, en la medida en que este también moviliza y orienta hacia mejores resultados, ya que cuando se percibe que lo que se está haciendo por mantener un buen control de la diabetes produce buenos resultados, la persona siente reforzada su conducta buscando entonces mantener este buen resultado.

Cuando la creencia a la base es que no es posible alcanzar un correcto control metabólico es probable que no se realicen todos los cuidados necesarios y cuando esto se ve prolongado en el tiempo menores serán los esfuerzos creciendo el supuesto que el buen autocontrol no exista.

Tanto el desempeño escolar como el control de la diabetes involucran muchas variables que resultan más fáciles de manejar por la presencia de un modo de pensamiento que permite plantearse realidades posibles, así como *manejar distintas variables a la vez*. El control de la diabetes se ve favorecido por la emergencia de esa forma de pensamiento que permite funcionar con hechos complejos. Esta forma de procesamiento resulta estratégico en el momento de tomar decisiones, aspecto central del tratamiento.

Tienen la capacidad de pensar en el futuro, de planificar los pasos adecuados para un buen autocontrol y de evitar posibles complicaciones. Siendo este un momento propicio para reforzar conocimientos y profundizar respecto a las consecuencias de posibles complicaciones.

Observando la autoestima total, llama la atención que los puntajes obtenidos señalan que esta área de la autoestima está disminuida en forma importante en las mujeres respecto a la del sexo opuesto. Se esperaría que las mujeres, dada su tendencia de madurar más tempranamente, presentaran una mayor aceptación y auto valoración que los hombres.

Los hombres evaluados presentan una mejor evaluación de sí mismos que las mujeres considerando las distintas áreas evaluadas. Es posible plantear que esta diferencia se apoye en que aquellas tareas y actividades realizadas por los hombres son más concretas y específicas por lo que también puedan ser más fáciles de evaluar otorgando mayor satisfacción que aquellas ejecutadas por las mujeres en que la evaluación resulta más difícil al ser menos concreta.

Según lo ya señalado, las diferencias que existen entre el grupo de hombres y mujeres puedan tener relación con la seguridad y confianza que los hombres tienen sobre ellos mismos, dada la posibilidad que existe en nuestra cultura de que los hombres tengan mayor posibilidad de expresar aquello que sientan, aspecto que del lugar de las mujeres no sería muy aceptado. Esto a la vez conduce a que exista menor arrepentimiento y crítica respecto a las decisiones que se han tomado, las que pueden externalizar con mayor libertad.

Los jóvenes que fundan su imagen personal con una baja valoración se enfrentan a cada tarea de la diabetes con sentimientos de desesperanza y temor, donde la creencia y dialogo a la base es "no puedo hacerlo.. no vale la pena que lo intente otra vez", lo que en consecuencia hace que solo se conduzca al fracaso en las sucesivas tareas que se plantee.

Si bien no existe un grupo de control que permita comparar la autoestima con jóvenes no diabéticos, en función de los resultados es posible señalar que la autoestima presentada por los jóvenes diabéticos de este estudio corresponde con puntuaciones altas de SEI, por lo que ésta variable no debe estar disminuida o afectada por el hecho de tener diabetes.

Como resultado de este estudio es posible concluir a la luz de los resultados y los objetivos planteados, que existe diferencia entre los niveles de autoestima presentados según el sexo de la muestra, destacando que el grupo masculino presenta una mejor valoración y aceptación que el grupo femenino. Así mismo, no existen diferencias significativas al comparar edades dentro del periodo juvenil comprendido. Finalmente, se observó que los niveles de autoestima se verían relacionados con el nivel de control metabólico, pudiendo ser una variable que afecta el modo en que es enfrentada el autocontrol.

Un aspecto que enriquecería el conocimiento sobre los jóvenes diabéticos y que no fue objeto de este estudio, pero que hubiese sido importante abordar, es el contacto con las vivencias que tiene relación con la autoestima. Conocer como es ésta dentro de la vida cotidiana, como se expresa y manifiesta. Este estudio no realizó diferencias individuales, aspecto que también pudo haber sido involucrado. Esto se pudo haber logrado profundizando aún mas en la entrevista semi-estructurada.

La autoestima se refleja en la seguridad, equilibrio y estabilidad, los que son puestas a prueba sobretodo ante dificultades. Con una buena autoestima es posible enfrentar situaciones que puedan significar fracaso y ser capaz de

enfrentarlos y superarlos, mientras que con una baja autoestima, el joven es vulnerable.

Respecto a los grupos de edad, se esperaba encontrar diferencias entre los grupos determinados según las distintas áreas, esto si se considera el aspecto de que mientras mayor es el joven se espera exista un Yo fuerte, autónomo y que le permita enfrentarse y controlar situaciones este conduce a que sean contrarias a las del grupo. Si bien no se encontró diferencias estadísticamente significativa, es posible afirmar, a la luz de los promedios presentados, que sí existen diferencias entre los grupos de edad considerados.

Se hubiese esperado encontrar diferencia dada la sensibilidad característica del los mas jóvenes, esperándose encontrar que mientras se es más joven, menor hubiera aparecido la autoestima, dada la preocupación del joven por ser aceptado en su grupo y por la hipersensibilidad respecto a sí mismo, sintiéndose constantemente en tela de juicio y evaluado por quienes le rodean.

Durante el período de la pubertad predomina una preocupación por el Yo, el sí mismo, siendo más bien individualista, esto estaría reflejado en la autoestima social, la que es comparativamente menor que aquella presentada por los adolescentes, donde predomina la extroversión, aspecto característico de este segundo grupo.

Del mismo modo, se esperaba encontrar que conforme más se acerca al período de la pre- pubertad, y debido que el joven atraviesa un período de obstinación y terquedad, mayores hubiesen sido las diferencias respecto a la autoestima hogar y los grupos etários, observándose que los más jóvenes

evalúan de mejor modo la aceptación y valoración por parte de la familia que los mayores.

Durante la pubertad el centro de la atención de inquietudes y preocupaciones están orientados hacia sí mismo. Existe una búsqueda de una imagen personal que conduce y se refleja en la introversión y egocentrismo.

Dentro de los aspectos del egocentrismo durante la pubertad los jóvenes sienten que no tiene por qué acatar las mismas reglas que según creen de manera convencida, los demás sí deben cumplir. Esto deriva del proceso en que todo joven sienten que es un individuo único y diferente a los demás, donde se suma el pensamiento certero de que nada malo les va a ocurrir, donde entonces, las posibles complicaciones a largo plazo de una diabetes mal cuidada nunca les va a pasar a ellos.

El púber desea que no lo confundan ni comparen, busca sentirse especial y único, a pesar que cualquier diferencia con su grupo de referencia le preocupa. Por esto es que desea ser igual que sus compañeros y amigos y una diferencia como la presencia de la diabetes lleva a que esta se transforme en un tema y área sensible, en la medida en que puede marcar diferencias.

La relación social típica del púber es reducida e intensa, ya que busca la intimidad y la comprensión profunda. Cobra especial relevancia esta amistad, la que tiene el poder de reforzar la atención y preocupación por la diabetes, o bien, de fomentar los desarreglos. Por esto la influencia que tiene el grupo o un amigo próximo es muy importante, con quien o quienes debe existir la confianza para apoyarse cuando sienta que falta la fuerza y ganas de seguir el tratamiento. Un

amigo puede alentar y tomar cierta participación en el control, papel que anteriormente tuvieron los padres.

El análisis de los resultados arrojados por este estudio han permitido aclarar y destacar ciertas variables en torno a la diabetes tipo 1, donde fueron descritas las distintas áreas características de este grupo en torno a su autoestima y se observó la relación existente según sexo, autocontrol metabólico y la edad de estos.

Otra variable fundamental considerada en este estudio fue el examen de hemoglobina glicosilada. Como ya fue señalado, este resultado resulta ser un indicador fundamental para reflejar el autocontrol que mantiene un diabético. Como ya se señaló, a través de un porcentaje es posible inferir el control y cuidados que existen respecto a la diabetes.

El hecho de que se observe que las mujeres presentan una menor autoestima que los varones y que a su vez, estas presenten un menor nivel de hemoglobina glicosilada, destaca la relación entre estas dos variables. Esto resulta principalmente importante en el grupo de mujeres, grupo en el cual la estimulación de la autoestima cobra especial relevancia.

La autoestima demuestra su importancia en la medida en que el modo en que se actúa confirma la imagen que se tiene de sí. Cuando un joven tiene poca autoestima sostiene la creencia de que es incapaz de hacer las cosas adecuadas para un buen autocontrol, cerrándose así a posibilidades de tener éxito.

Los sujetos mejor controlados presentan puntajes de autoestima mas altos que los del resto de la muestra así como, aquellos sujetos con peor autocontrol, presentan, a su vez, una menor percepción de sí.

Esto puede resultar comprensible al considerar que en la medida en que aumenta la consciencia de sí, la preocupación y respeto por uno mismo, los resultados de este examen mejoran dada la preocupación por mantenerse sano.

Según los resultados obtenidos es necesario destacar la importancia de considerar a la autoestima como una variable importante que al relacionarse con el autocontrol, debe ser atendida y estimulada; y como fue señalado, esta atención debe dirigirse principalmente en el grupo de mujeres.

Si bien la autoestima no es la única variable que repercute en autocontrol metabólico, y según lo concluido, se sugiere trabajar estimulando la autoestima de los jóvenes con el fin de otorgar una herramientas más que facilite el autocontrol.

Resulta útil sugerir que dada la importancia de esta variable en el comportamiento, se plantee un programa para su estimulación en este grupo, existiendo la posibilidad de realizarlo en forma grupal. Esta puede ser una forma donde la autoestima sea fortalecida construyéndose así pilares mas fuertes sobre los cuales un joven se pueda apoyar.

Existiendo una autoestima fortalecida será posible enfrentar con mayor éxito las tareas que presenta el autocontrol, tornándose esto especialmente relevante en un periodo como la adolescencia, en que dados los cambios y situaciones propias del desarrollo pueden hacer que mantener el autocontrol sea difícil.

Por esto quizás resulte necesario comenzar su estimulación en un período previo a la adolescencia, ya que la autoestima se va formando tempranamente en el desarrollo su estimulación puede comenzar en programan con niños.

Al igual que la diabetes, la autoestima se refleja en diversas áreas de la vida. El modo en que se acepte la diabetes y el modo en que la persona se acepte a si misma se encuentran relacionados, ya que una persona conforme con si misma, su manera de ser, sus características y habilidades ha logrado integrar esta condición como una forma de vida positiva y capaz de traer gratificaciones, y que por lo tanto, no constituye un limitación.

A partir de este estudio, surge la preocupación e intención de destacar la inserción de la figura del psicólogo, la que es relativamente nueva dentro del campo de la diabetes. Es un lugar en que el psicólogo puede proporcionar ayuda directa promoviendo comportamientos de salud, apoyando con consultas al equipo médico e incorporando principios psicológicos en los cuidados necesarios.

El psicólogo puede estimular el desarrollo de comportamientos nuevos que resulten saludables, fomentar comportamientos ya existentes, o bien extinguir comportamientos poco adecuados y dañinos para el control. A través de orientación y educación, ayudar a integrar métodos útiles y eficaces del tratamiento, y especialmente permitir la paulatina aceptación de esta condición.

La no-adherencia al tratamiento de la diabetes es el motivo más común de consulta y fuente de preocupación dada la reconocida asociación con el riesgo de complicaciones. Muchas veces es necesario indagar que factores se encuentran

la base de este problema siendo necesario un apoyo constante para retomar o bien educar sobre el autocontrol.

En ocasiones la falta de adherencia al tratamiento puede ser la manifestación de problemas psicológicos más serios, tales como ansiedad, depresión, o trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos que pueden ser tratados eficazmente a través de medicamentos y psicoterapia.

Puede ser un recurso valioso para identificar reacciones inadecuadas de tensión, apoyar en la carga adicional que implica hacer frente a la diabetes, *otorgar herramientas para el manejo de situaciones de angustia y estrés.*

Dada la formación del psicólogo este puede otorgar información al equipo a cargo del tratamiento respecto al desarrollo psicosocial y formas posibles de *resolver situaciones que presentan un potencial riesgo.*

Puede asistir a los padres en un sistema de negociaciones y contratos ante la lucha entre los padres y el adolescente. Fomentar la comunicación y generar espacio para comprender como vive cada integrante de la familia con la diabetes, sus temores, preocupaciones y el rol que le corresponde a cada uno. Aumentado así la comprensión y apoyo, buscando que los esfuerzos de todos se dirijan hacia el mismo lugar.

VII.- BIBLIOGRAFIA

Acuña, L. y cols. (1993). *Autoestima y su relación con el rendimiento preescolar y el currículo educacional*. Memoria para obtener el título de grado de Educador Santiago: Universidad Gabriela Mistral. Escuela de Educación,

Alcántara, J.A, (1993). *Como educar la Autoestima*. Santiago: Grupo Editorial CEAL S.A.

Alonso y Avendano (1984) *La Autoestima en el Escolar Básico*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Educación.

Allport, G., (1974). *La Psicología de la Personalidad*. Argentina: Editorial Piados.

Arteaga, A et al. (1985) *Manual de Diabetes Mellitus y Enfermedades Metabólicas*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Endocrinología y Nutrición.

Asociación Americana de Diabetes (1998) *Declaración de posición clínica y recomendaciones de la práctica Diabetes Mellitus y Ejercicio*. Vol. 21 Suplemento.

Barreda, y cols. (1985). Manual de perfeccionamiento orientado al desarrollo personal del profesor, primer ciclo de enseñanza fiscal chilena. *Otro Posible Camino*. Memoria para obtener el Título de Psicólogo. Santiago: Universidad Católica de Chile.

Beléndez, M.; Ros M.; Bermejo R. (1999) *Diabetes infantil, guía para padres, educadores y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Bernal, A., y cols. (1997) *Marco teórico sobre la importancia de la Autoestima en la Educación*. Santiago: Universidad Gabriela Mistral. Trabajo de Psicología Educacional.

Berwart, H. y Zegers, B. (1980) *Psicología del Adolescente*. Santiago: Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile.

Bilbeny, M., Droguett, C.; Droguett S. (1994) *La Familia y el impacto de la Diabetes: Una Aproximación Sistémica*. Memoria para obtener el Título de Psicólogo. Santiago: Escuela de Psicología Universidad Gabriela Mistral.

Brinkmann, H., Segure, T., Solar M.I. (1989) *Adaptación, estandarización y elaboración de normas para el Inventario de Autoestima de Coopersmith*. Revista Chilena de Psicología, vol. 10, Nº 1, pág 64.

Cannon, H. Y Boulton, A. (1989) *Diabetes in practice*. England: John Wiley and Sons.

Coopersmith, S. (1959) *A method for determining types of Self- Esteem*. Journal and Social Psychology, pág 87- 94.

Coopersmith, S. (1967) *The Antecedents of Self-esteem*. San Francisco: Freeman.

Coopersmith, S. (1991) *Self-esteem Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press Inc.

Damon, W. y Hart, D. (1982) *The development of Self Understanding from Infancy through Adolescence*. pág. 841- 864. E.E.U.U: Child Development.

Douglas, K. e Irving, W (1998). *La Adolescencia: una Transición del Desarrollo*. Barcelona: Editorial Ariel.

Erickson, E. (1978). *Infancia y Sociedad*. Argentina: Editorial Hormé.

Fairburn CG. Et, al. (1991) *Eating disorders in young adults with insulin dependent diabetes mellitus: a controlled study*. British Medical Journal 303 pág17-20.

García de los Ríos, M; Tapia, C; López, G; Durruty, P. (1992) *Diabetes Mellitus*. Santiago: Fundación de Investigación y Perfeccionamiento Médico.

Gil, J y Vilchez, R (1993) *Diabetes, Intervención psicológica*. Madrid: Eudema.

Glass, G. y Stanley, J (1974) *Métodos estadísticos aplicados a las ciencias sociales*. Madrid: editorial Dossat S.A.

Guthrie, D. y Guthrie, R. (1999) *The Diabetes Sourcebook*. Los Angeles: Lowell House

Harris, M y Lustman, P. (1998) *The Psychologist in team approach to diabetes*. Diabetes Care Vol. 16 N°2.

Haussler, I. y Milicic, N.(1994). *Confiar en Uno Mismo: Programa de Autoestima*. Santiago: Editorial Dolmen.

Hernandez, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. Mexico: Editorial McGraw Hill.

Lersch, P. (1938) *La Estructura de la Personalidad*. Editorial Scientia.

Lowe, E. Y Arsham, G. (1992) *A guide to living well*. Minneapolis: Chronimed Publishing.

Marsh, H y cols. (1984). *The relationship between dimensions of self- attribution and dimensions of self- concept*. Journal of Educational psychology. Vol. 76, N°1 pág 3- 32.

Maslow, A. (1977). *La Potencialidad de la Naturaleza Humana*. México Editorial Trillas.

Maslow, A. (1993) *El Hombre Autorrealizado*. Argentina: Segunda Edición Editorial Kairos.

Mischel, (1988) *Teorías de la Personalidad*. México: Editorial McGraw Hill

Mussen, P., Conger, J., Kagan, J. (1985). *Desarrollo de la Personalidad en el Niño*. México :Editorial Trillas.

Peveler R., Fairburn CG, Boller I, Dunger D. *Eating disorders in adolescents with IDDM*. Diabetes Care 15:1356-60, 1992

Polaino- Lorente, A. y Gil Jesús. (1994) *Psicología y Diabetes infanto juvenil*. España: Siglo veintiuno editores.

Priden, C. (1984) *Self concept and self-care management in school-age children with diabetes*. Pedriatic Nursing N° 10 pág. 135- 138.

Ramos, O. et al. (1994). Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus en el niño y el adolescente. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, vol. 5, pág. 207-222. Editorial C.M.

Ratner, F. (2000) *Diabetes in Adolescents*. Exposición 47 Annual Advanced Postgraduate Course January 2000. New York.

Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. (1998) vol. VI, Nº1, pág11-18. Editorial C.M.

Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. (1999) Suplemento Nº1, pág.136-153. Editorial C.M.

Rogers, C. y Kinget, M. (1971) *Psicoterapia y Relaciones Humanas*. España: Ediciones Alfaguara.

Rosenberg, M. (1972) *La autoimagen del adolescente y al sociedad*. Buenos Aires: Editorial Paidos.

Sendery, S. Y Schor, I. (1994) *Vivir como diabético*. Argentina: Editorial Celcius.

Sheffi, S. Y sheffi, M. (1981). *Desarrollo Humanmo, crecimiento normal y trastornos emocionales en las infancia, niñez y adolescencia*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.

Thomas, A. y Ubilla, M. (1992) *Adaptación y obtención de normas provisionarias del Inventario de Autoestima Coopersmith (S.E.I) (Forma A) para la*

población adolescente que cursa entre 7º Básico y 4º Medio en el gran Santiago. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Santiago: Escuela de Psicología Universidad Diego Portales.

Weinger, K. et al (2000). *Confidence in Diabetes Self- Care (CIDS) Scale: First Psychometric Evaluation in Usa and Dutch Type 1 Diabetes Patients. San Antonio, Texas: Poster 60 Annual Scientific Sessions. abstract 1327.*

Zegers, B. (1981) *Proposición de un modelo Analítico de la Psicología del Concepto de Sí mismo. Tesis para optar al grado de Psicólogo. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.*

VIII.- ANEXOS

Nombre	Fecha Nacimiento	Edad	Sexo	Curso	Colegio	Comuna	Edad diag.	Hemog. G.	Complicaciones	bruto	
Ss	FNAC	EDAD SEX	CURS	COLE	COMU	EDAD	HG	COMPL	AIET		
1	T.B	11-Abr-84	15	F	2Medio	Santa Ursula	Vitacura	7	11%	No	26
2	J.B	22-Feb-86	14	F	1Medio	Diego Portales	La Florida	12	9,20%	No	40
3	K.C	11-Ago-86	13	F	8Básico	Cardenal Osamore	San Bernardo	3	12%	No	28
4	C.C	23-Oct-86	13	F	8Básico	El Sembrador	Puente Alto	7	9,10%	No	38
5	V.D	12-Jul-86	13	F	8Básico	Maria G. Valle	El Bosque	11	7,50%	No	32
6	F.G	27-Ene-84	15	F	2Medio	Nuestra Señora de Loreto	La Reina	12	14,90%	No	16
7	A.L	06-Feb-86	13	F	8Básico	Poeta Oscar C2	La Granja	9	14%	No	10
8	P.M	28-Abr-86	12	F	7Básico	Nuestra Señora de Mercedes	Puente Alto	10	5,80%	No	44
9	M.P	04-Abr-84	15	F	2Medio	Southern Cross	Vitacura	8	8,20%	No	34
10	J.P	26-Ene-84	15	F	2Medio	San Viator	Peñalolen	12	7,80%	No	52
11	C.S.A	26-Jun-84	15	F	2Medio	María Micaela	Maipú	6	7,10%	No	24
12	C.S.M	18-Abr-87	13	F	8Básico	M.G.C.360	Coina	11	9,20%	No	38
13	M.F	11-Dic-84	15	F	2Medio	Liceo Técnico	La Pintana	9	14%	No	26
14	V.E	02-Nov-84	15	F	2Medio	San Pablo	La Pintana	10	11,20%	No	38
15	D.T	26-Abr-88	12	F	7Básico	Liceo A-125	San Bernardo	5	8,50%	No	44
16	E.A	21-Ene-87	13	F	8Básico	Rosita Sanchez	Maipú	11	10,10%	No	22
17	N.Z	21-Sep-87	12	F	7Básico	María Auxiliadora	El Bosque	8	8%	No	42
18	E.A.A	27-Dic-86	13	F	8Básico	Liceo Mates Purísima	Maipú	8	5,40%	No	46
19	N.D	12-Feb-87	13	F	7Básico	Santiago College	Providencia	2	7,50%	No	50
20	M.I	26-Sep-83	17	F	3Medio	Carampangue	Talagante	16	7,50%	No	48
21	E.N	31-Oct-85	14	M	2Medio	Oratorio Don Bosco	San Miguel	9	8,20%	No	52
22	E.R	06-Mar-84	15	M	2Medio	C.E.A.T	Maipú	9	10,80%	No	36
23	J.V	24-Oct-86	13	M	8Básico	Consolidada	Puente Alto	12	8,50%	No	44
24	A.V	07-Nov-81	18	M	4Medio	Cumbre	Las Condes	5	6,60%	No	44
25	A.B	16-Abr-85	14	M	2Medio	Carmen Mc Phee	La Reina	13	8,20%	No	46
26	J.C	27-Mar-84	15	M	2Medio	Saint Georges	Vitacura	2	7%	No	38
27	J.C.C	10-Sep-81	18	M	4Medio		Cerro Navia	14	8,40%	No	52
28	A.B	04-May-82	18	M	4Medio	Aconcagua	Nuñoa	4	8,70%	No	32
29	M.G	02-Jul-85	14	M	1Medio	Vaticinio Vicente Huidobro	La Pintana	9	13,70%	No	36
30	S.G	27-Jul-84	15	M	2Medio	Instituto Nacional	Pudahel	14	7,50%	No	50
31	G.H	22-Nov-85	14	M	1Medio	Instituto Nacional	San Bernardo	10	6,80%	No	50
32	N.L	02-Feb-85	14	M	2Medio	Técnico San Jose de Renca	Renca	7	11,30%	No	42
33	N.A	13-Feb-85	13	M	8Básico	Instituto San Pablo	San Bernardo	5	8,50%	No	36
34	H.A	22-Abr-85	14	M	1Medio	Almirante Riveros	Conchali	11	8,30%	No	34
35	D.B	16-Dic-82	17	M	3Medio	Maya School	Nuñoa	12	9,30%	No	52
36	D.C	12-Jun-83	17	M	3Medio	Chile	San Miguel	15	7,50%	No	42
37	R.G	25-Sep-87	12	M	7Básico	Francisco Olea	Santiago	11	7,30%	No	38
38	J.P.C	16-Sep-87	12	M	7Básico	Piamarta	Maipú	6	13,70%	No	24
39	C.G	30-Abr-86	14	M	1Medio	Elvira Errazuriz	La Florida	10	7,80%	No	44
40	A.G	18-Dic-84	15	M	2Medio	Manuel Barros Arana	San Miguel	14	7,70%	No	50

Mentira percentil	P'tje. I
7,2	30
37,6	40
75,8	54
17,5	38
58	49
75,8	54
58	49
58	49
37,6	40
58	49
37,6	40
75,8	54
75,8	54
4,3	32
17,5	38
58	49
37,6	40
37,6	40
37,6	40
75,8	54
87,1	60
17,5	38
99	71
4,3	32
37,6	40
87,7	60
17,5	38
37,6	40
99	71
58	49
37,6	40
75,8	54
75,8	54
94,9	65
99	71
75,8	54
75,8	54
75,8	54
87,7	60
37,6	40

	General	Social	Hogar	Escolar	Total
Femenino	47,25	51,20	50,10	53,35	50,65
Masculino	56,05	55,25	57,90	59,60	59,15
Promedio	51,65	53,23	54,00	56,48	54,90

Edad	General	Social	Hogar	Escolar	Total
12-14	50,74	52,61	56,22	57,70	55,61
15-18	52,88	54,06	54,19	54,82	53,94

Hemoglobina Glicosilada	General	Social	Hogar	Escolar	Total
5%	59,00	51,00	60,00	61,00	61,00
6%	61,00	59,00	60,00	63,50	64,50
7%	56,55	51,36	57,50	60,36	52,83
8%	55,60	55,30	58,00	57,20	58,60
9%	47,50	53,75	58,00	58,50	58,75
10%	42,50	53,50	41,00	50,00	44,50
11%	50,00	56,33	55,67	52,33	53,67
12%	44,00	56,00	47,00	35,00	42,00
13%	43,50	56,00	60,00	63,50	54,50
14%	30,67	44,00	39,00	40,33	29,67

Gráfico Nº1: Sexo y Autoestima Total

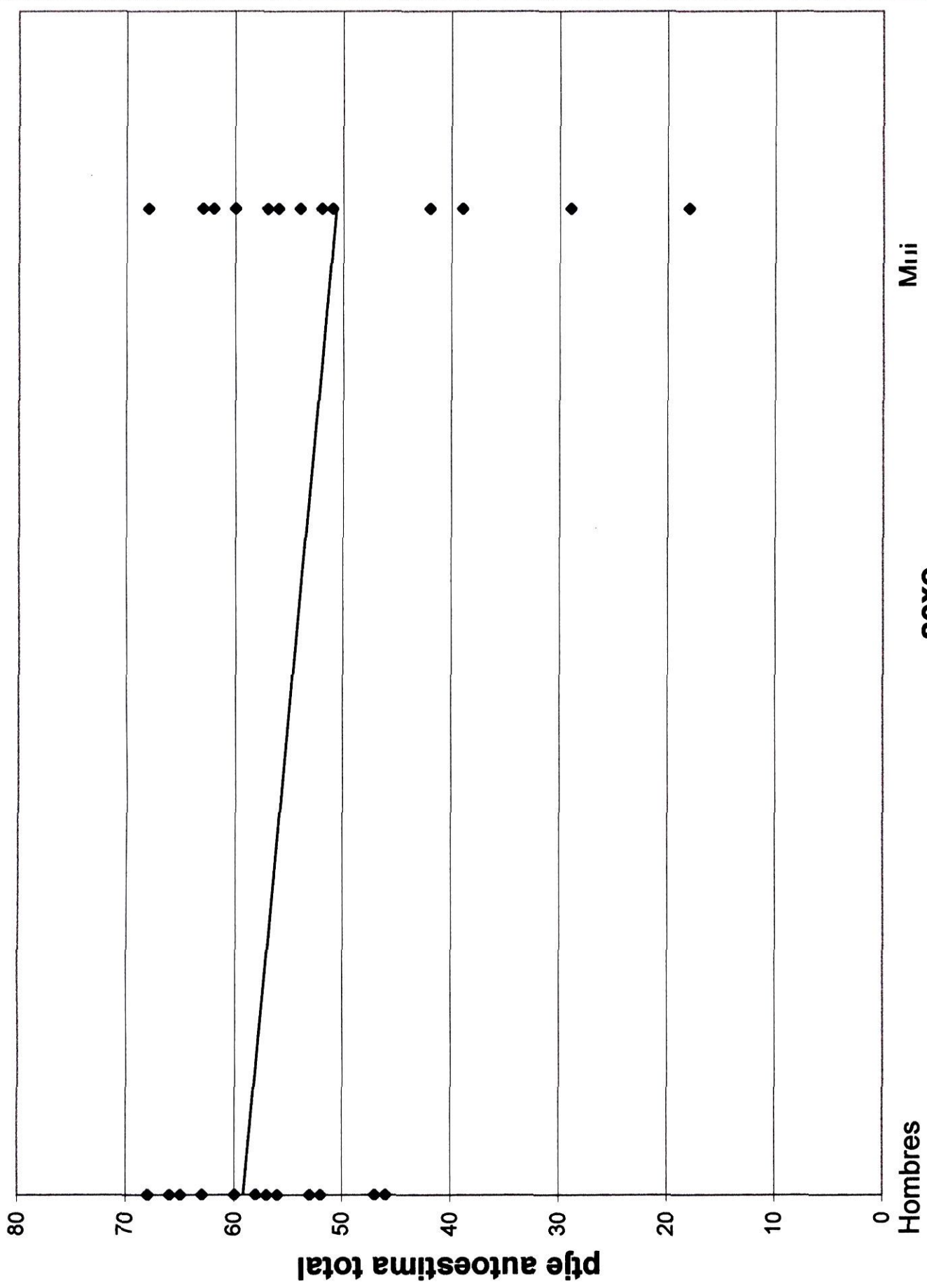


Gráfico N°2: Edad, Sexo y Autoestima Total

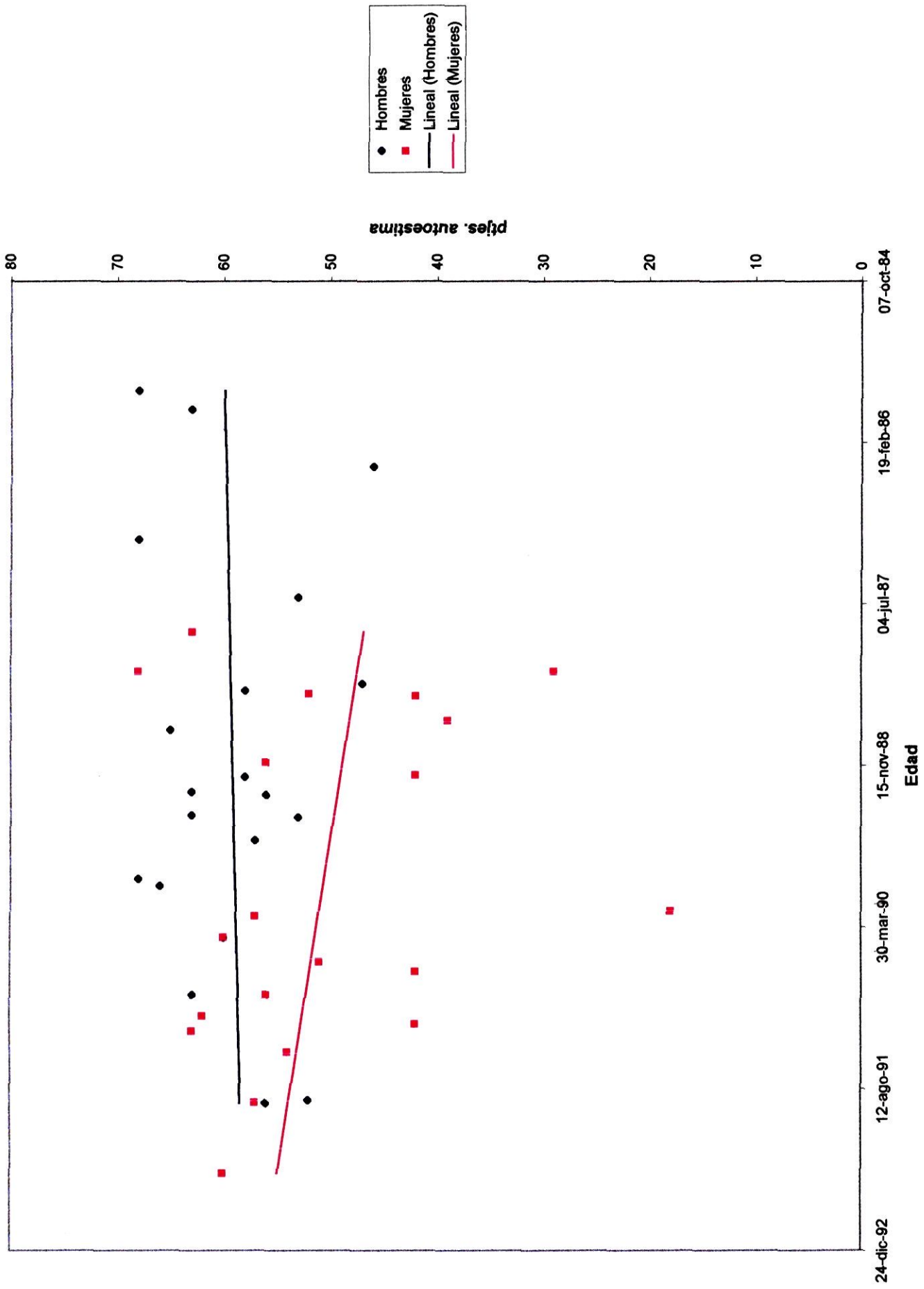


Gráfico N° 3: Hemoglobina Glicosilada y Autoestima Total

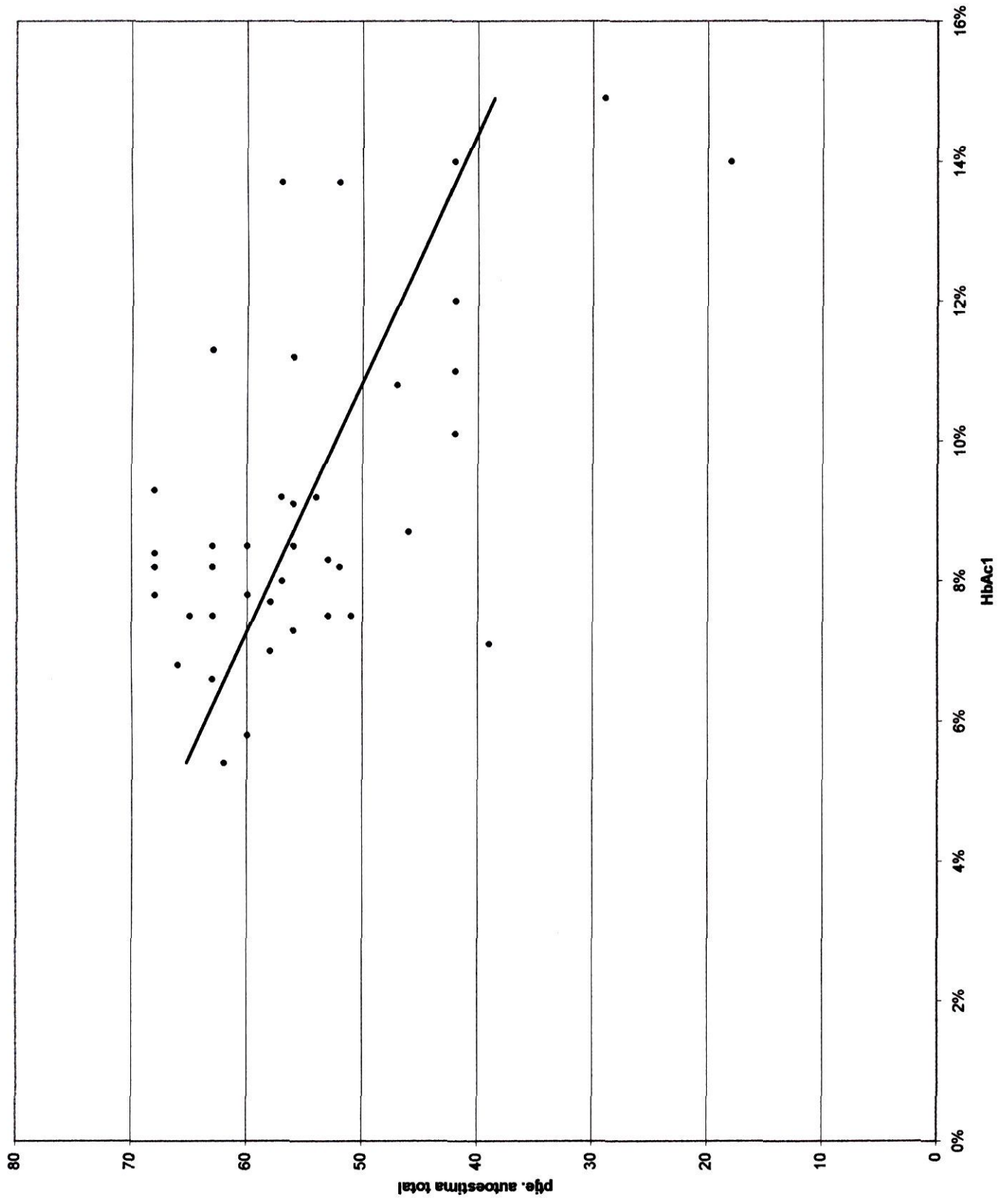


Gráfico N°4: HbA1c mujeres y hombres

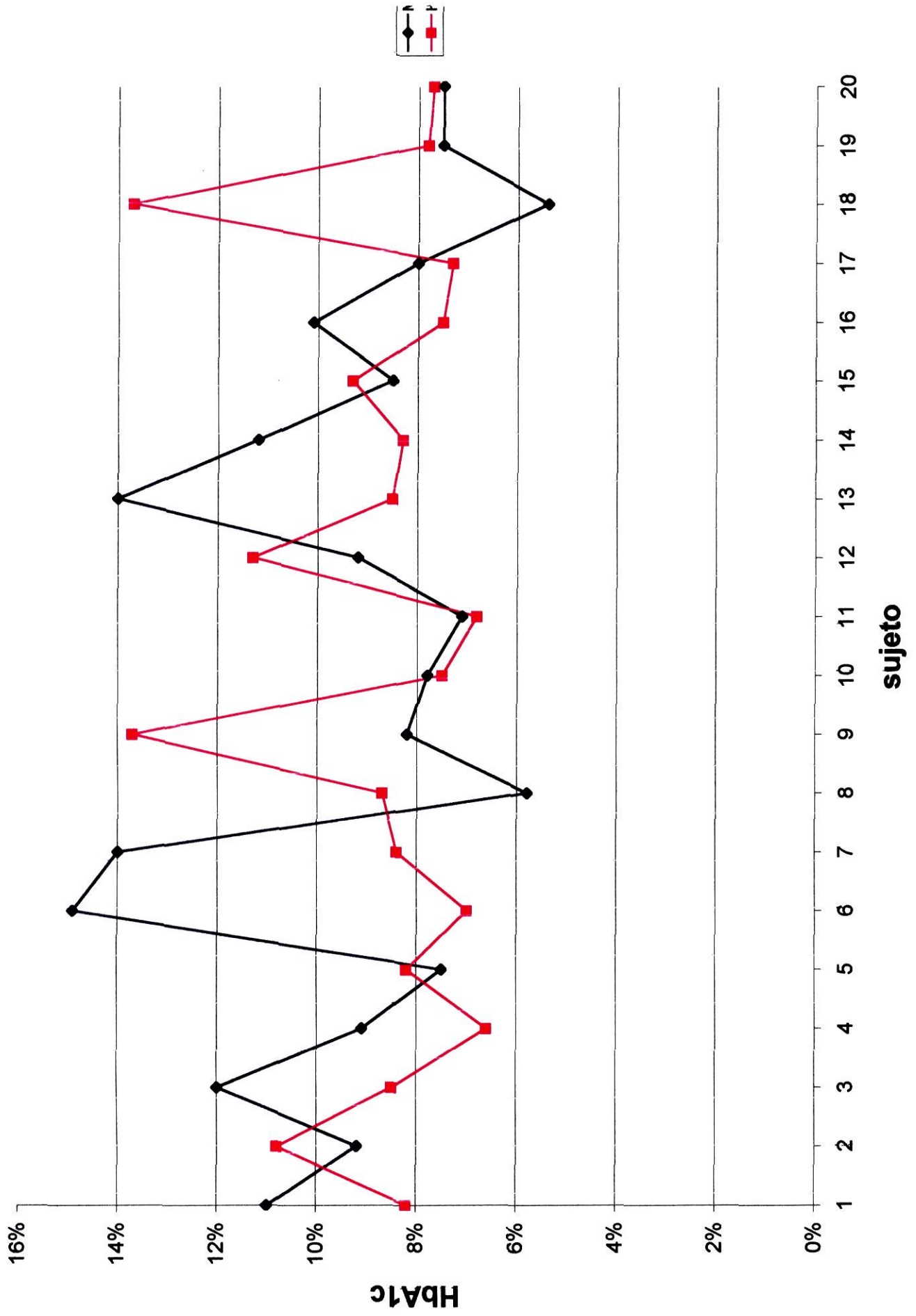


Gráfico N°5: Sexo, Hemoglobina Glicosilada y Autoestima Total

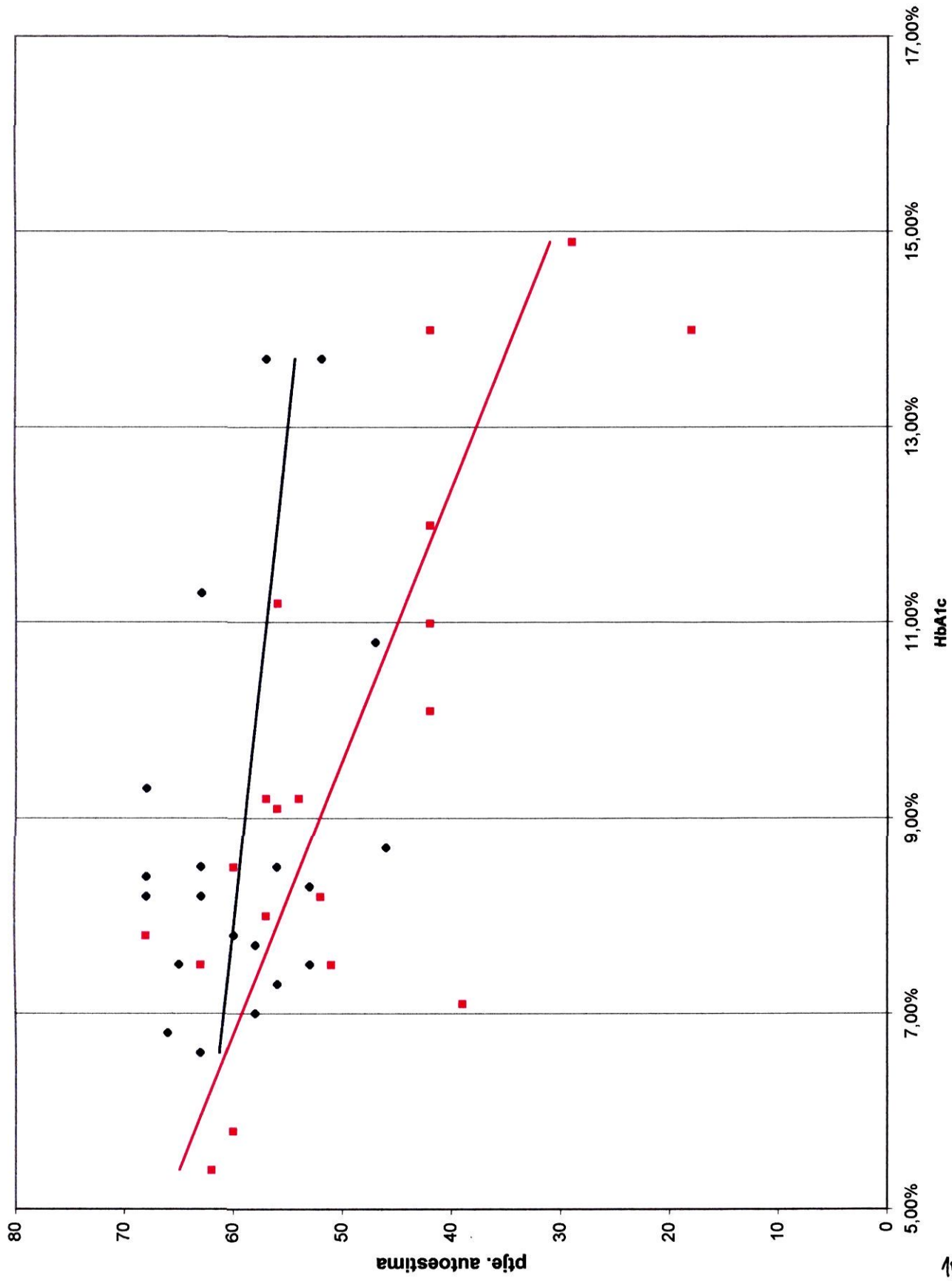
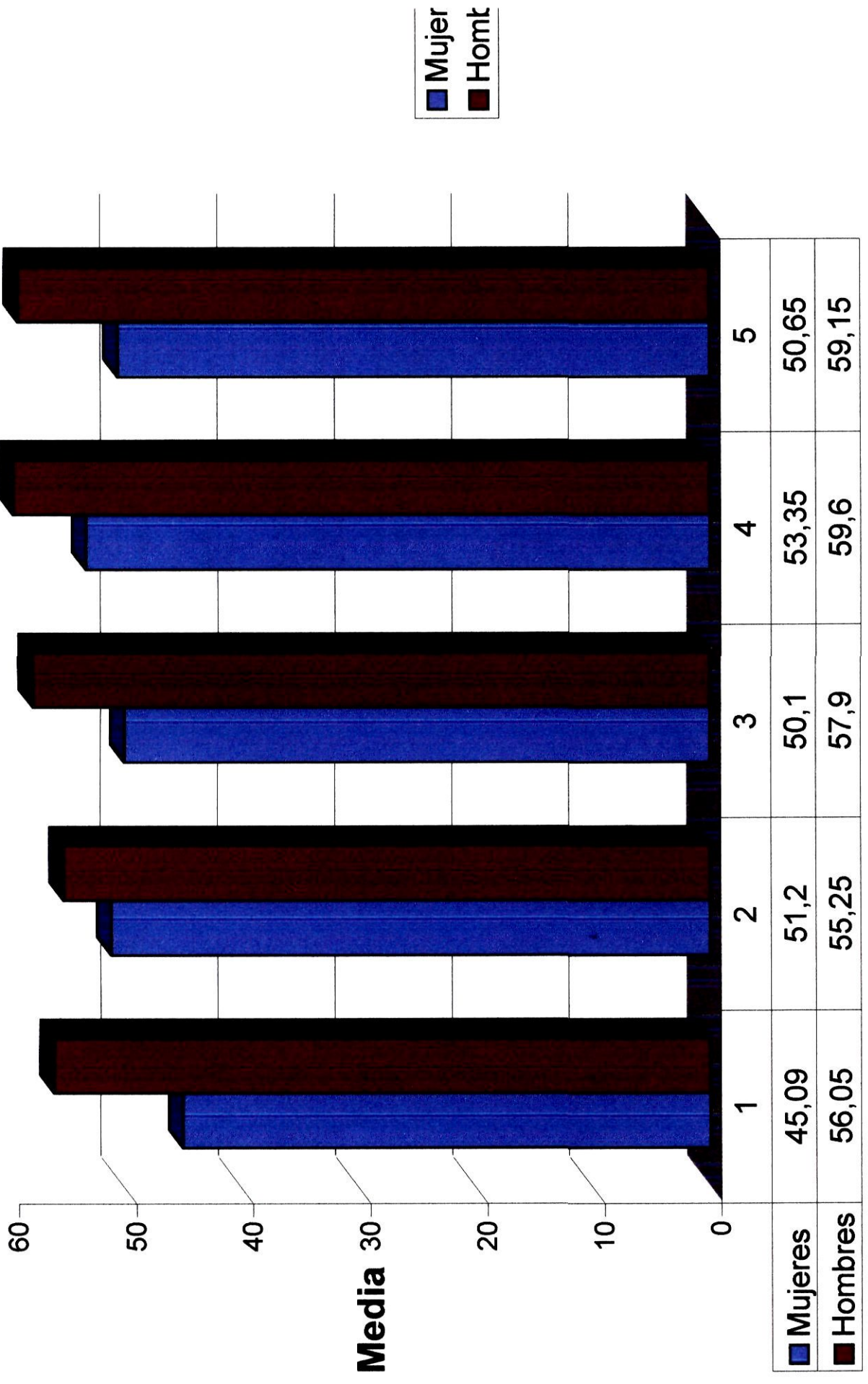


Gráfico N°6: Media Autoestima Mujeres y Hombres



Autoestima Ptje. T

Inventario de Coopersmith (SEI)

Nombre
Fecha Fecha de Nacimiento Edad
Colegio Curso Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Instrucciones para contestar el inventario

Aquí hay una serie de afirmaciones. Por favor responde a cada afirmación del siguiente modo:

Si la afirmación describe como te sientes generalmente, pon una "X" en la columna correspondiente a la frase IGUAL QUE YO. Si la afirmación no describe como te sientes usualmente, pon una "X" en la columna que señala la frase DISTINTO A MI.

No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas. Lo que interesa es solamente conocer que es lo que habitualmente sientes o piensas.
Ejemplo:

Igual	Distinto
que	a
Yo	Mi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Me gustaría comer helados todos los días.

Si te gustaría comer helados todos los días, pon una "X" en la columna IGUAL QUE YO. Si no te gustaría comer helados todos los días, pon una "X" en la columna DISTINTO A MI.

Responde todas las afirmaciones marcando sólo una alternativa por afirmación, siendo ésta la que más te identifique. No olvides anotar tu nombre, fecha de nacimiento, edad, curso, colegio y la fecha de hoy.

Igual que yo
Distinto a mí

1. Hay muchas cosas más que cambiaría si pudiera.
2. Puedo tomar una decisión sin mucho problema.
3. Soy una compañía entretenida.
4. Soy popular entre la gente de mi edad.
5. Mis padres en general toman en cuenta mis sentimientos.
6. Me doy por vencido fácilmente.
7. Es bastante difícil ser yo mismo.
8. En mi vida las cosas están complicadas.
9. Los demás (niños) generalmente siguen mis ideas.
10. Tengo una mala opinión de mí mismo.
11. Muchas veces me gustaría irme de la casa.
12. A menudo me incomodo en la escuela.
13. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.
14. Mis padres me comprenden.
15. La mayoría de las personas son más agradables que yo.
16. A menudo me siento desanimado en la escuela.
17. A menudo desearía ser otra persona.
18. Estoy suficientemente seguro de mí mismo.
19. Soy agradable para los demás.
20. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.
21. Siempre hago lo correcto.
22. Estoy orgulloso de mi trabajo en la escuela.
23. Alguien siempre tiene que decirme qué hacer.
24. Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.
25. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.
26. Soy suficientemente feliz.
27. Me gustan todas las personas que conozco.
28. Yo me entiendo a mí mismo.
29. Nunca me retan.
30. En la escuela no lo estoy haciendo tan bien como me gustaría.

Igual que yo
Distinto a mí

31. Puedo tomar una decisión y cumplirla.
32. Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo.
33. Siempre digo la verdad.
34. Soy un fracasado.
35. Siempre sé qué decirle a la gente.
36. Miro con optimismo la vida.
37. Yo tengo dificultad para tener amigos.
38. Yo siento que mi familia no tiene confianza en mí.
39. Nunca dejo para mañana lo que puedo hacer hoy.
40. Me gusta aprender cosas nuevas en la escuela.
41. Me dejo fácilmente influenciar.
42. Soy simpático.
43. Soy ingenioso (creativo).
44. Yo soy aceptado por los demás.
45. Estoy satisfecho con la relación que tengo en mi hogar.
46. Siempre llego a la hora (puntual).
47. Yo cumplo con las metas que me propongo en la escuela.
48. Cambio de parecer muy a menudo.
49. Me gusta como soy.
50. Generalmente me siento nervioso.
51. Siento que les importo a mis padres.
52. Nunca he dejado algo sin terminar.
53. Me siento capaz de responder al trabajo escolar.
54. Generalmente me siento débil.
55. Me cuesta tomar la iniciativa.
56. Soy capaz de manejar situaciones difíciles.
57. Soy una persona importante para mis amigos.
58. Mis padres escuchan lo que tengo que decir.

Gen.

Soc.

Hog.

Esc.

Total

M

x 2 =

Anexo N°2: Entrevista Semi estructurada.

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Curso:

Colegio:

Comuna:

Edad de diagnostico:

Resultado de la última Hemoglobina Glicosilada:

Presencia de complicaciones:

BIBLIOTECA ARNALDO MENZILHA COSTERRE
UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL



3 5618 00028 2036